Nr. 28. 12. lipca 1931. Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

PRACE ORYGINALNE.

Dr. Helena SCHUSTERÓWNA. Lwów.

Przyczynek do badań nad wpływem promieni Roentgena na czynność składników siateczkowo-śródbłonkowych śledziony.

(Badania doświadczalno-histologiczne).

Z Zakładu anatomji patologicznej Uniwersytetu J. K. we Lwowie. Kierownik: Prof. Dr. W. Nowicki.

W nowszem piśmiennictwie podnoszą ważne znaczenie naświetlania rozmaitych narządów promieniami Roentgena w celu zadrażnienia i wzmożenia ich czynności. Podstawą dla teorji zadrażnienia jest prawo Arndt-Schulza, według którego małe dawki jakiegoś bodźca działają drażniąco, wzmagając czynności życiowe komórek, większe dawki natomiast działają hamująco i uszkadzająco. Próbowano więc małemi dawkami Roentgena zwiekszyć czynność śledziony, wątroby, szpiku kostnego i nerek, także czynność narządów wydzielania wewnętrznego, jak tarczycy, grasicy, trzustki, nadnerczy, przysadki mózgowej i jajników.

Stefan pierwszy zastosował naświetlenie śledziony w rozpaczliwym przypadku *purpura fulminans* ze znakomitym skutkiem. Tłumaczy on korzystny wynik naświetlenia podrażnieniem śledziony, wywołującem wzmożenie czynności jej układu śródbłonkowo-siateczkowego, który wydziela pewne zaczyny, wywołujące krzepnięcie krwi. A zatem wzmożona krzepliwość krwi zależy, według Stefana, od zwiększonej czynności układu śródbłonkowo-siateczkowego, dlatego radzi on naświetlać śledzionę na kilka godzin przed operacją. Komórki siateczkowe śledziony spełniają poza tem jeszcze inną ważną czynność, mianowicie tonizują cały system śródbłonkowy. Zatem zaburzenia w czynności tych komórek są przyczyną rozrywalności ścian naczyń włosowatych, powodują zaburzenia w tak zw. „*Endotheltonus*", a tem samem zmiany w krzepliwości krwi. Śledziona jest narządem ośrodkowym krzepliwości krwi. Promienie Roentgena zadrażniają w małych dawkach jej aparat śródbłonkowo nabłonkowy. Szereg autorów, jak Jurasz, Tichy, Eufinger i inni, potwierdzili badania Stefana, wykazując przy krwawiączce ustanie rozmaitych krwotoków po naświetlaniu śledziony promieniami Roentgena. Förster naświetlał śledzionę w przypadkach zapalenia otrzewnej i otrzymał dobre wyniki w trzech przypadkach. Autor tłumaczy te wyniki wzmożeniem czynności aparatu siateczkowo-śródbłonkowego, który wydziela pewne zaczyny, działające korzystnie na proces zapalny. Naświetlenie miałoby tutaj podobne działanie, jak proteinoterapja. Również Manankine ogłosił znakomite wyniki lecznicze po podrażniającem naświetlaniu śledziony w szeregu chorób zakaźnych, a w szczególności w przypadkach gruźlicy, przypisując korzystny wpływ naświetlania wzmożonej limfocytozie. Haggeney naświetlał śledzionę w złośliwej niedokrwistości z dobrym wynikiem. Wynik przypisuje podrażnieniu śledziony, niszczącej jady, które wywołują niedokrwistość Biera.

Stefan naświetlał, obok śledziony, nerki w ich zapaleniu, otrzymując w ten sposób wzmożone moczenie, które odnosi do podrażnienia komórek korowych. Domarus, Neu przypisują poprawę w niedokrwistości złośliwej drażniącemu naświetlaniu szpiku kostnego. Naświetlano też, jak powyżej wspomniałam, gruczoły wewnętrznego wydzielania, celem wzmożenia ich czynności. I tak zauważył Kienböck, że często po naświetlaniu wola tarczycy, pojawiają się zaburzenia ogólne, jak trzęsienie, bicie serca, nudności, zmiany, które są znamienne dla nadczynności gruczołu tarczowego. Zaburzenia te tłumaczy autor użyciem za małych dawek R., które, zamiast niszcząco, działają podrażniająco na tarczycę. Inni autorzy podobnie tłumaczą tę sprawę. Grasicę naświetlano w chorobach skóry. Hammer otrzymał korzystne wyniki w twardnieniu skóry, odnosząc je do zwiększonej czynności podrażnionej grasicy. Naświetlając małemi dawkami trzustkę, udało się Stefanowi w dwóch przypadkach cukrzycy obniżyć na kilka dni poziom cukru. Przyczyna tego spadku miała leżeć w podrażnieniu trzustki. Przy drażniącem naświetlaniu przysadki mózgowej zauważyli Stettner i Kreckel poprawę w *distrophia adiposo-genitalis* i w przypadkach upośledzonego rozwoju kości. Starano się również podrażnić promieniami Roentgena nadnercza, dla otrzymania wzmożonej ilości adrenaliny. Wreszcie opisują korzystne wyniki w zadrażnieniu jajników, a to w przypadkach braku miesiączki *(amenorrhea)*, miesiączki bolesnej *(dismenorrhea)* i skąpej *(oligomenorrhea)* (Mann, Opitz i Flatau).

Spostrzeżenia kliniczne autorów wymienionych mogą być zupełnie słuszne. Wyników naświetlania, z punktu widzenia teoretycznego, nie można jednak odnieść bezwzględnie do wzmożonej czynności narządów, wywołanej bezpośredniem podrażnieniem promieniami Roentgena, a to z tego powodu, że nie wiemy, czy takie podrażnienie może wystąpić, gdyż nie znamy jeszcze dokładnie czynności ani narządu śródbłonkowo-komórkowego, ani narządów wydzielania wewnętrznego, a histologicznie jeszcze dzisiaj nie możemy tego widzieć. Wyniki działania, pojawiające się po naświetleniu śledziony, możnaby również uważać za odczyn organizmu na wytwory rozpadu komórek uszkodzonych przez promienie, gdyż wiadomo, że w śledzionie już małe dawki Roentgena wywołują znaczny rozpad limfocytów. I tak uzależnia Szenes przyśpieszenie krzepliwości krwi po naświetlaniu śledziony od rozpadu jej komórek. Wstrzykiwania rozpadłych komórek wywołują również przyśpieszenie krzepliwości krwi. Pertes również nie przytacza dowodów dla działania drażniącego Roentgena na śledzionę, a w szczególności na jej narząd śródbłonkowo-komórkowy. Wzmożenie krzepliwości krwi pojawia się również po naświetlaniu innych narządów, jak wątroby, grasicy, nawet wola i *lymphoma colli*, tak, że wielka część autorów utrzymuje, że śledziona nie jest ośrodkowym narządem krzepliwości krwi. Według Heineckego, odgrywa tę rolę rozpad limfo- i leukocytów, prowadzący do wzmożenia trombokinazy. Po naświetlaniu krwi *in vitro* otrzymano również przyśpieszenie krzepliwości. Można mówić o leczniczem naświetlaniu śledziony, ale nie o jej zadrażnieniu. Podobnie jak można wyjaśnić wzmożenie czynności śledziony po naświetleniu w inny sposób, jak przez bezpośrednie jej zadrażnienie, również i dla innych narządów wymienionych istnieją jeszcze inne tłumaczenia. Holzknecht tłumaczy wzmożenie moczenia w zapaleniu nerek po naświetlaniu Roentgenem nie podrażnieniem czynności komórek nerkowych, lecz porażeniem naczyń krwionośnych, wskutek czego ustępuje skurcz naczyń, a krążenie się poprawia. Co się tyczy naświetlania tarczycy dotkniętej wolem, to przekonano się, że już małe dawki, które dawniej uważano za drażniące, wywołują zanik tkanki gruczołowej, tak, że dzisiaj używa się tylko małych dawek, gdyż wielkie wywołują objawy zatrucia. Poprawę w *distrophia adiposo-genitalis* po drażniącem naświetlaniu przysadki, spostrzeganą przez Stattnera, tłumaczą Rahm i Kreckel uszkodzeniem i zmniejszeniem się nowotworu, uciskającego na otoczenie. Zmniejszenie się mięśniaków po naświetlaniu przysadki, otrzymane przez Hofbauera, spostrzegali także inni autorowie po naświetlaniu innych części ciała. Naświetlano grasicę, również celem jej podrażnienia w chorobach skóry; nie jest jednak wyjaśnione, czy poprawa może tu zależeć od grasicy.

W ten sposób, po krytycznem rozważaniu działania drażniącego promieni Roentgena na tkanki, zauważa się, że właściwie to działanie nie jest ściśle dowiedzione. Słowo „*Röntgenreizdosis*", które oznacza dawkę, działającą drażniąco na samą komórkę, używa się także w tych przypadkach, w których można odnowiednie zmiany po Roentgenie również w inny sposób wytłumaczyć. Zresztą podobne zmiany otrzymuje się niekiedy także po pozajelitowem wprowadzeniu białka. Na podstawie zatem badań dotychczasowych nie uzyskano pewnych dowodów dla stwierdzenia drażniącego działania promieni Roentgena na czynność komórki. Przeważna część wyników da się również dobrze wytłumaczyć działaniem uszkadzającem promieni Roentgena. Wyniki odnośne mogą być następstwem działania promieni Roentgena na cały ustrój, lub mogą być odczynem na t. zw. nekrohormony w sensie Haberlanda.

Dla otrzymania odpowiedzi na pytanie, czy i kiedy można mówić o drażniącem działaniu promieni Roentgena, konieczne są, według Pordesa, dalsze badania doświadczalne, potwierdzone i uzupełnione badaniami drobnowidowemi. W badaniach takich jednak napotyka się na wielkie trudności gdyż trudno jest stwierdzić w preparacie działanie drażniące promieni Roentgena. Możemy widzieć jedynie tylko pewne zmiany wsteczne, postaciowe, pojawiające się po uszkodzeniu komórki, zmiany zaś czynnościowe

powstałe czy to w następstwie podrażnienia, czy też jako czynnik porażenia, są dla badającego niewidoczne. Najodpowiedniejszemi tkankami, które się nadają do takich badań, są tkanki, w których skład wchodzą komórki śródbłonkowe i to szczególnie układu siateczkowo-śródbłonkowego. Te komórki odznaczają się życiowo wielką żernością, dającą się wykazać histologicznie, o ile chodzi o pożeranie ciał widocznych pod mikroskopem. Już w warunkach fizjologicznych można śledzić tę ich żerność w stosunku do produktów rozpadu krwi. Wiadomo, że w większym rozpadzie krwi stwierdza się w komórkach śródbłonkowych więcej tego barwika. Należy więc przypuszczać, że w tych przypadkach przejawy życiowe tych tkanek są spotęgowane. Takie wzmożenie żerności i czynności życiowych w komórkach siateczkowo-śródbłonkowych można wywołać doświadczalnie n. p. przy pomocy wprowadzenia do obiegu krwi pewnych ciał obcych, jak barwików (tusz chiński, roztwór żelaza, błękit trypanu i karmin). Gdy na takie komórki, przed wprowadzeniem do ustroju ciał obcych, zadziałamy promieniami Roentgena, zatem bodźcem fizykalnym, to zwiększony lub zmniejszony stopień ich żerności w porównaniu z komórką nienaświetloną, może świadczyć o wzmożeniu lub osłabieniu ich czynności życiowych.

Holtermann posługiwał się w swych badaniach nad biologicznem działaniem promieni Roentgena barwieniem przyżyciowem błękitem trypanu, karminem i czerwienią obojętną. Naświetlał on myszy i następnie wstrzykiwał im barwiki wymienione. Następnie zabijał zwierzęta, (najlepsze wyniki otrzymywał on po 40 minutach) i przekonał się, że u zwierząt naświetlanych komórki śródbłonkowe przyjmują szybciej i więcej barwika, jak u nienaświetlonych. Posiadają one zatem większe powinowactwo do barwika. Objaw ten można tłumaczyć bądźto wzmożonem pochłanianiem barwika w następstwie podrażnienia komórki przez promienie Roentgena lub też wzmożoną przepuszczalnością uszkodzonej otoczki komórkowej. A więc bodziec, czy uszkodzenie?

Autor przyjmuje pewną możliwość zwiększonej czynności komórkowej, lecz w sensie szybszego przebiegu pewnej ograniczonej jej czynności, jako następstwo uszkodzenia komórki, odrzuca zaś moż'iwość wzmożonej czynności w sensie szybszego i większego pochłaniania barwików. Jest to przypuszczenie, którego nie rozstrzygnęło barwienie przyżyciowe błękitem trypanu i karminem, gdyż w komórkach naświetlanych wykazano w każdym razie więcej barwika, jak w komórkach nienaświetlanych.

Gassul robił podobne doświadczenia z barwieniem przyżyciowem. Do badań swych używał on eksplantatów śledziony, naświetlał je Roentgenem i barwił następowo karminem. Okazało się, że komórki siateczkowo-śródbłonkowe także tutaj pochłaniają po naświetlaniu więcej barwika, jak komórki nienaświetlane, przyczem pochłanianie jest nierównomierne. Autor tłumaczy ten fakt uszkodzeniem i większą przepuszczalnością osłonki komórkowej dla pewnych barwików, niejednostajne zaś pochłanianie barwika odnosi on do niejednostajnego uszkodzenia osłonki. Autor nadto przekonał się, że w eksplantatach śledziony, naświetlanych przez filtr i bez filtra, występują pewne różnice. Gdy komórki śródbłonkowe, naświetlane przez filtr 1—12,5 minut, nie wykazywały zmian widocznych, to komórki naświetlane bez filtra na przeciąg 2,5—5 minut wykazywały zmiany wsteczne, a barwione przyżyciowo karminem szybciej i więcej pochłaniały barwika, jak komórki kontrolne, poczem się jednak szybko rozpadały. Promienie Roentgena, według Gassula, wywołują ostatecznie w każdej dawce biologicznie działającej zmiany wsteczne w komórkach. Jak widzimy, wyniki badań z barwieniem przyżyciowem Gassula przy użyciu karminu kryją się z wynikami Holtermanna.

Celem zbadania zmian czynnościowych w komórkach wykonywał Gassul jeszcze inne doświadczenia. Zapomocą własnej metodyki udało mu się w eksplantacie oznaczyć ruchy nabłonka migawkowego gardzieli żaby. Nabłonek taki naświetlał on rozmaitemi dawkami Roentgena, a zmiany występujące w ruchach nabłonka migawkowego notował i zestawił w tabeli. Z badań tych wynika, że przy użyciu 40% — 300% HED otrzymuje się zwolnienie ewentualnie zupełne ustanie ruchów migawkowych. Zmiany te przemawiają niewątpliwie za uszkodzeniem narządu migawkowego nabłonka przez promienie Roentgena.

Jak z tego wynika, te ostatnie badania Gassula dały może lepsze wyniki dla wykazania zmian czynnościowych w komórkach pod wpływem promieni Roentgena, jak badania z barwieniem przyżyciowem z karminem, błękitem trypanu i czerwienią obojętną.

W moich badaniach zadałem sobie również pytanie, czy przy pomocy badania anatomicznego nie możnaby wykazać, pewnych zmian czynnościowych w komórkach naświetlanych promieniami Roentgena, obok zmian postaciowych. Jak już wyżej wspomniałam, za najodpowiedniejsze komórki do tych badań uważałam komórki siateczkowo-śródbłonkowe śledziony ze względu na ich oporność, gdyż wiadomo, że, gdy inne komórki pod wpływem promieni Roentgena już się rozpadały, one zostają nieuszkodzone, a dalej ze względu na ich żerność, dającą się wykazać histologicznie. Do barwienia przyżyciowego postanowiłam użyć roztworu żelaza z tego powodu, że ciało to już w warunkach fizjologicznych zostaje chciwie pochłaniane przez te komórki, a następnie dlatego, że zapomocą pewnych odczynów mikrochemicznych daje się łatwo w tkankach wykazać.

Doświadczenia moje robiłam na królikach, przyczem starałam się wybierać zwierzęta mniej więcej tej samej wagi, w jednakowych warunkach trzymane i jednako karmione.

Królikom naświetlano śledzionę, przy zasłonięciu reszty ciała. W dwie godziny po naświetleniu zastrzyknięto do żyły 1 cm³ 10% *Ferrum oxydatum*, a 24 godzin później zabito zwierzęta, wykonano natychmiast sekcję, a śledzionę włożono do 5% formaliny. Różnica w wykonywaniu poszczególnych doświadczeń polegała na intensywności naświetlania i na jakości użytych promieni, które przepuszczano przez rozmaite filtry. Celem tego było wykazanie, czy rozmaite dawki promieni i rozmaite ich rodzaje wywołują także rozmaity stopień uszkodzenia czynności komórkowej. Naświetlania królików przeprowadzał ś. p. Doc. Jan Dębicki w swoim Zakładzie rentgenowskim. Również sposób naświetlania, dawkowanie i inne szczegóły z naświetlaniem związane przeprowadzono według jego wskazówek.

W ten sposób wykonano 3 serje doświadczeń. W I serji, jako filtr. zastosowano 2 Alum, w II serji 5 Alum, w III serji 1 Alum + 0,3 Cu. przyczem dawka u jednego królika w każdej serji wynosiła 1/4, u drugiego 1/2, u trzeciego całą dawkę rumieniową.

Dla porównania i kontroli użyto 10-tego królika, któremu zastrzyknięto również 1 cm³ 10% *Ferrum oxydatum* bez poprzedniego naświetlania Roentgenem. Zwierzę to zabito również po 24 godzinach. Skrawki śledziony utrwalono w formalinie, zatopiono w parafinie i barwiono zwykłym sposobem eozyną i hematoksyliną, wykonano odczyn na żelazo, a to sposobem Perlsa z żelazosinkiem potasu.

Zanim podam wyniki tych badań histologicznych, wspomnę krótko o zmianach, występujących w śledzionie, naświetlanej Roentgenem. Zmiany te są bardzo charakterystyczne i niejednokrotnie je opisywano. Tkanka limfatyczna wykazuje wielką wrażliwość na działanie promieni Roentgena. Żadna inna tkanka nie zostaje tak szybko uszkodzoną, jak tkanka adenoidalna. Śledziona naświetlona wykazuje pewne zmiany przy oglądaniu już gołem okiem. Jest ona pomniejszona, wiotka, o czerwono-brunatnawem zabarwieniu. Zmianom drobnowidowym ulegają przedewszystkiem limfocyty. Prawie natychmiast po naświetleniu zaczynają się rozpadać przedewszystkiem komórki w mieszkach śledziony, a już w kilka godzin po naświetleniu tkanka adenoidalna wykazuje bardzo skąpe limfocyty, jest rozrzedzona, a między komórkami leżą obfite ziarna rozpadłej chromatyny, które w dalszym ciągu zostają pochłonięte przez fagocyty. W 12—14 godzin po naświetleniu fagocyty znikły prawie zupełnie, pozostaje tkanka siateczkowa, uboga w limfocyty, cały proces już jest ukończony po 24 godzinach. Limfocyty są tak wrażliwe na działanie promieni Roentgena, że opisane zmiany występują już przy bardzo małych dawkach. Natomiast komórki siateczkowe i komórki śródbłonkowe śledziony są mało wrażliwe i, gdy tamte się rozpadły, to komórki siateczkowo-śródbłonkowe wybitniejszych zmian histologicznych nie wykazują. Wykazywać zaś mogą zmiany czynnościowe niewidoczne pod mikroskopem.

Badania własne.

I. Doświadczenie. Serja I.).

Królik 1. (czarny). Ciężar 2800 g R 1/4 HED

$$\frac{R\ 1/4\ HED}{5\ Al}\ F\ H\ 30$$

4 M H — K V M 121 w 8!

Obraz drobnowidowy śledziony.

Budowa śledziony jest zatarta, tkanka adenoidalna jakby rozrzedzona, limfocytów mało ,szczególnie w grudkach, naczynia krwionośne są rozszerzone i przekrwione, podobnie naczynia chłonne, których śródbłonki są napęczniałe i zawierają miejscami ciałka czerwone krwi. Nadto stwierdza się tu i ówdzie komórki wielkie, blade o niewyraźnych granicach pierwoszcza, lecz dobrze barwiących się jądrach, w których tylko miejscami można wykazać skąpe drobniutkie, ciemnoszare lub czarne ziarenka i grudki żelaza. Komórek, zawierających barwik, jest niewiele, — 4—5 w polu widzenia.

Obraz histologiczny śledziony kontrolnej nienaświetlanej.

Śledziona jest dobrze rozwinięta i ukrwiona. Grudki chłonne wielkie, wyraźnie zaznaczone. W tkance adenoidalnej, mianowicie w otoczeniu grudek, stwierdza się komórki wielkie o nieregularnych granicach i postaci, wypełnione obficie czarnemi ziarenkami,

kulkami i bryłkami żelaza. Są to niewątpliwie napęczniałe komórki siateczkowo-śródbłonkowe. Ziaren i bryłek żelaza w komórkach jest miejscami tak wiele, że budowa komórki jest zatarta, a jądro jest przeważnie niewidoczne. Zmiany te występują ogniskowo, przyczem miejscami jest tych komórek tak wiele, że pole widzenia przedstawia się ciemno.

Zatem w porównaniu ze śledzioną naświetlaną, komórki śródbłonkowo-siateczkowe pochłonęły tutaj i zatrzymały o wiele więcej żelaza, jak komórki naświetlone. Różnica jest wybitna i w oczy wpadająca.

Królik 2. (szary). Ciężar 2660 g R. 1/2 HED
——————— F H 30
5 Al
4 M H — K V M 121 w 8!

Obraz histologiczny śledziony.

Budowa śledziony jest zmieniona z powodu obecności skąpych limfocytów, szczególnie w bladych i rozrzedzonych grudkach. Wyraźnie występuje podścielisko tkankołącznowe. Naczynia krwionośne są przekrwione, przestrzenie chłonne częściowo rozszerzone, śródbłonki napęczniałe. W niektórych stwierdza się jednolite szare zabarwienie ich pierwoszcza lub też drobne ziarenka, gdzieniegdzie kilka grudek żelaza, czarno barwiącego się.

Obraz podobny, jak u królika 1.

Królik 3. (czarny). Ciężar 2650 g R. 1 HED
——————— F H 30
5 Al
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz histologiczny śledziony:

Budowa śledziony zmieniona z powodu znacznego rozrzedzenia tkanki adenoidalnej. Grudki chłonne wielkie, blade, skąpe wykazują limfocyty. Natomiast wyraźnie występuje podścielisko, w którem stwierdza się tu i ówdzie blade, nieco napęczniałe komórki śródbłonkowe, wykazujące nader skąpe drobniutkie ziarenka żelaza. W tym przypadku zanik tkanki adenoidalnej jest wybitniejszy, jak w przypadkach poprzednich, również stwierdza się w komórkach śródbłonkowych mniej ziarenek żelaza.

Doświadczenie II (Serja II).

Królik 1. (biały). Ciężar 1470 g R 1/4 HED
——————— F H 30
2 Al
4 M H — K V M 166 w 8!

Badanie drobnowidowe śledziony.

Obraz drobnowidowy śledziony w tym przypadku zupełnie przypomina obrazy, stwierdzone u królika 3 serji I., t. zn. że zmiany wsteczne w zakresie tkanki adenoidalnej są znaczne, limfocytów mało, tkanka rozrzedzona, podścielisko występuje wyraźnie, komórek śródbłonkowych, zawierających tylko skąpe ziarenka żelaza, jest bardzo niewiele, na 2 lub 3 pola widzenia stwierdza się jedną.

Królik 2. (biały). Waga 1320 g R. 1/2 HED
——————— F H 30
2 Al
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz drobnowidowy zupełnie ten sam, jak u królika 1 tej serji II.

Królik 3 (czarny). Ciężar 1400 g R 1 HED
——————— F H 30
2 Al
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz drobnowidowy śledziony. Ten sam jak u królika 1 i 2 tej samej serji.

Zestawienie. W doświadczeniu II we wszystkich trzech przypadkach zmiany wsteczne w tkance adenoidalnej były wybitniejsze, jak w doświadczeniu I, również żerność komórek śródbłonkowych w porównaniu do tamtych przypadków była bardzo słaba.

Doświadczenie III (Serja III).

Królik 1. (szary). Ciężar 1470 g R. 1/4 HED
——————— F H 30
1 Al + 0,3 Cu
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz drobnowidowy śledziony.

Budowa śledziony jest zmieniona z powodu rozrzedzenia tkanki adenoidalnej i zmniejszenia się ilości limfocytów, szczególnie w zakresie mieszków. Naczynia są przekrwione, wyraźnie występuje tkanka siateczkowa a w niej wydłużone komórki podścieliska i komórki śródbłonkowe. W niektórych z tych komórek stwierdza się drobne ziarenka i grudki żelaza czarno się barwiącego. Komórek takich jest 5—8 w polu widzenia, jądra tych komórek są miejscami widoczne.

Królik 2. (szary). Ciężar 1370 g R. 1/2 HED
——————— F H 30
1 Al + 0,3 Cu
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz drobnowidowy śledziony jest podobny do obrazu stwierdzonego u królika 1 tej serji.

Królik 3. (brunatny). Ciężar 1350 g R. 1 HED
——————— F H 30
1 Al + 0,3 Cu
4 M H — K V M 166 w 8!

Obraz drobnowidowy śledziony podobny, jak u królików 1 i 2.

Zestawienie. W doświadczeniu III na ogół zmiany wsteczne w tkance adenoidalnej są może nie tak wybitne, jak w doświadczeniach I i II. Fagocytoza komórek siateczkowo-śródbłonkowych jest żywsza.

Zestawiając wyniki moich badań histologicznych śledziony królika, barwionej przyżyciowo roztworem żelaza, po poprzedniem zadziałaniu na nią promieniami Roentgena, możemy powiedzieć, że naogół, w porównaniu z śledzioną kontrolną, komórki siateczkowe i śródbłonkowe bardzo skąpo pochłaniają żelazo, a komórek pochłaniających jest mało. Różnica jest wybitna i w oczy wpadająca. Żerność zatem komórek naświetlonych jest wysoce zmniejszona i osłabiona.

Co się tyczy poszczególnych doświadczeń, w których użyto dawek o rozmaitem nasileniu, jako też rozmaite filtry, widzieliśmy, że najmniejsze zmiany występowały przy użyciu jako filtra 1 Al + 0,3 Cu, następnie przy 5 Alum., największe zaś przy 2 Alum. Co się tyczy dawek, najsłabsza żerność występowała w przypadkach, w których użyto całą dawkę rumieniową. Na ogół jednak różnice w poszczególnych doświadczeniach, zależne od filtru i dawki nie były wybitne.

Jak wytłumaczyć tę zmniejszoną żerność komórek w doświadczeniach?

Na podstawie obrazu histologicznego należy niewątpliwie myśleć o uszkodzeniu i osłabionej czynności życiowej komórek, a to już ze względu na znaczne zmiany wsteczne, pojawiające się w tkance adenoidalnej. Trudno przypuścić bowiem, by przez jeden i ten sam bodziec jedne komórki zostały tak znacznie uszkodzone, drugie zaś zupełnie nic lub nawet podrażnione. Następnie wskaźnikiem ich uszkodzenia i osłabienia czynności życiowych jest niewątpliwie wybitnie zmniejszona żerność żelaza, które, jak wiadomo, komórka pożera chciwie już w warunkach fizjologicznych i w eksperymencie, cośmy zresztą widzieli w preparatach kontrolnych.

Na podstawie moich doświadczeń z barwieniem przyżyciowem komórek naświetlanych Roentgenem należy zatem myśleć tylko o działaniu uszkadzającem promieni bez względu na jakość i ilość użytej dawki.

W podobnych doświadczeniach Holtermanna i Gassula, w których stosowano barwienie przyżyciowe i naświetlanie promieniami Roentgena, stwierdzono w komórkach uszkodzonych więcej barwika, niż w komórkach nieuszkodzonych. Fakt ten pozornie można było wytłumaczyć większem pochłanianiem barwika przez komórki. Był on oczywiście niejasny. Należy go raczej uzależnić od rodzaju barwika użytego. Gdy np. błękit trypanu przenika obficiej komórkę uszkodzoną, to dostawanie się żelaza do komórki jest wynikiem czynnego wychwytywania tego ciała przez komórki.

Piśmiennictwo.

Czepa: Strahlenter. XVI 1924. — Domarus: Strahlenter. IV, 1920. — Eufinger: vide Czepa. — Teissly: M. med. W. N. 44. 1921. — Förster: Strahlenter. XIII. 1922 i M. med. W. 1922. K Flatau: 17 Tag. d. Dt. Ges. f. Gynek. 1922. — Gassul: Strahlenter. XXVII, 1927. i Kl. Woch. Nr. 13, 1926. — Haggeney: Strahlenter. XIV, 1923 i Med. Kl. 1922. — Hammer: M. med. W. 1921. — Heinecke: D. Ztsch. f. Chir. LXXVIII. — Hofbauer: Verh. d. Dt. Gyn. Gesel. 1922. — Holtermann: Strahlenter. XVII. 1924. — Holzknecht: M. med. W. 1923. —

Jurasz: Zbl. f. Chir. 47, 1920. — Kienböck: F. D. Roentg. 22. 1914—15. — Manuchin: Ruski Wratsz 1914. — Mann: Med. Kl. 1920. — Neu: M. m. W. 1921. — Opitz: K. W. 1923. — Perthes: Strahlenter. XIV, 1923. — Pordes: Strahlenter. XIX, 1925. — Tichy: Ztb. f. Chir. 47, 1920. — Rahm: Bruns, Beitr. z. kl. Chir. 726. — Stattner i Kreckel: M. m. W. 1919. — Stefan: Strahlent. XIII. 1922 i M. m. W. Nr. 11 1920 i M. m. W. Nr. 24, 1921. — Szenes: Strahlent. XVI. 1924.

S. BAGIŃSKI. Wilno.

Antygen metylowy w lecznictwie gruźlicy.

Z Poradni Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego.

Wprowadzenie antygenu metylowego z prątków gruźlicy do lecznictwa oparte jest na spostrzeżeniach Widala i Kurta Meyera. Pierwszy z nich w 1901 r. wykrył obecność swoistych przeciwciał we krwi chorych na gruźlicę, używając homogenizowanych prątków Arloinga i Courmonta, zaś K. Meyer stwierdził, że najsilniej wyrażone właściwości pobudzające posiadają wyciągi alkoholowe z prątków gruźlicy, mianowicie frakcja nierozpuszczalna w acetonie.

Nègre i Boquet opracowali własną technikę sporządzania wyciągów, która daje im antygen o bardzo silnych właściwościach swoistych. Antygen ten po zadziałaniu na surowicę chorych, cierpiących na rozmaite postacie gruźlicy, w 85% daje wynik dodatni. Tenże antygen nie wywiera wpływu na surowicę ludzi zdrowych. Antygen metylowy posiada wybitne właściwości pobudzające: *in vitro* w obecności surowicy przeciwgruźliczej wiąże dopełniacz, *in vivo* powoduje zjawienie się swoistych przeciwciał u osobników zdrowych, bądź też zwiększanie się ich u osobników chorych.

Antygen metylowy otrzymuje się w sposób następujący:

Sześciotygodniowe hodowle buljonowo-glicerynowe prątków Kocha poddaje się wyjaławianiu w ciągu 30 min. w t^0 120 stopni. Po odsączeniu osad przemywa się wodą przekroploną i wysusza w próżni. Suche prątki, wynoszące około piątej części wagi pierwotnej, poddaje się działaniu acetonu 100 cm^3 na 1 g prątków w ciągu 48 godzin. Po przesączeniu wysuszone prątki poddaje się w przeciągu 10—12 dni działaniu abs. alkoholu metylowego (100 cm^3 na 1 g) w cieplarce w 37—38 stopni C. Otrzymany przesącz stanowi właściwy antygen, z którego po uprzedniem dodaniu płynu fizjologicznego usuwa się alkohol, odparowując w próżni w t^0 50^0 C.

Tak otrzymany płyn stanowi antygen czysty, wyrabiany obecnie w kraju przez T-wo Przem. Farm. Klawe [1]). W sprzedaży znajduje się w 1 cm^3 ampułkach. Osad powstający z czasem stanowi zasadniczą składową część antygenu metylowego, dlatego też przed użyciem należy ampułki dokładnie wstrząsać celem ujednostajnienia zawiesiny.

Antygen jest płynem mętnym, z lekka żółtawej barwy. Zawiera nierozpuszczalne w acetonie *lipiny* (lipoidy), najprawdopodobniej nieznane bliżej *fosfolipiny*. Czy jest to mieszanina wyodrębnionych z osłonki prątków gruźliczych *fosfolipinów*, z których jeden występuje jako *monoaminodifosfatyda* o stosunku N : P = 1 : 2 (azot : fosforu), drugi jako *monoaminomonofosfatyda*, o stosunku N : P = 1 : 1, lub wreszcie jako *diaminomonofosfatyda* w której N : P = 2 : 1, trudno orzec obecnie, gdyż chemiczna budowa antygenu nie jest jeszcze dokładnie poznaną. Prawdopodobnie jest to mieszanina różnych ciał nietylko natury lipoidalnej. Jedno z nich posiada własności podobne do właściwości tuberkuliny; przemawiają za tem doświadczenia Negre'a i Boquet'a, oparte na obserwacjach Delille'a, Georges'a i Ducrocheta, którzy po doskórnych zastrzykiwaniach dzieciom gruźliczym wyciągu metylowego otrzymywali typowy odczyn potuberkulinowy. Boquet i Nègre, po przerobieniu podobnych doświadczeń na królikach, przekonali się, że antygen pozbawiony lipinów dawał również podobny odczyn tuberkulinowy. Dowodziłoby to, że odczyn ten nie jest wywoływany lipinami, lecz innemi ciałami, zbliżonemi do tuberkuliny, a przechodzącemi do antygenu podczas wyciągania alkoholem metylowym. Toksyczne cechy tego ciała są minimalne. Gruźlicze świnki morskie znoszą bez widocznych zaburzeń wprowadzenie dootrzewnowe 10 cm^3 (odpowiada 0,5 g suchych prątków), natomiast zwykła tuberkulina zabija je po wprowadzeniu tą drogą 0,1 cm^3.

Osobiście niejednokrotnie obserwowaliśmy występowanie odczynu miejscowego, przypominającego do pewnego stopnia odczyn tuberkulinowy, lecz bez żadnych następczych objawów ani ogólnych, ani okołoogniskowych. Odczyn taki powstaje dopiero z chwilą wprowadzenia do ustroju conajmniej 0,75 cm^3 10%-ego rozczynu.

Możliwie, że, właśnie dzięki tak złożonemu składowi, antygen metylowy działa skutecznie leczniczo.

Na podstawie obszernego materjału doświadczalnego, Boquet i Nègre stwierdzili, że tłuszcze, woski i fosfolipiny prątków Kocha nie posiadają zdolności uczulania ustroju, ani też nie wywołują zjawisk anafilaktycznych, natomiast powodują one zjawianie się znacznej ilości przeciwciał swoistych. Siła działania antygenu zależy od rozpuszczalnika i jest najsilniejszą we frakcji alkoholu metylowego po uprzedniem traktowaniu acetonem, sam zaś wyciąg acetonowy żadnych cech pobudzających nie posiada. Po przeprowadzeniu obszernych badań na zwierzętach antygen metylowy został oddany do użytku lekarzy, obecnie, szczególniej we Francji, jest on szeroko stosowany. Od 1927 r. stosowaliśmy w Poradni Wileńskiego Towarzystwa Przeciwgruźliczego preparat Instytutu pasterowskiego, zaś od r. 1929 posługujemy się wyłącznie preparatem krajowym wyrobu T-wa Przem. Magister Klawe — *Anti TBC Klawe*.

Jak nam się zdaje, leczenie antygenem metylowym jest swego rodzaju łagodną tuberkulinizacją, posiadającą wszystkie zalety tuberkuliny bez ujemnych jej stron, możliwem jest, że zależy to właśnie od lipinów jednocześnie wprowadzonych, a posiadających wybitne własności antygenowe i antytoksyczne.

Nie przytaczamy literatury, dotyczącej stosowania antygenu metylowego w rozmaitych postaciach gruźlicy, odsyłając zainteresowanych do artykułów w prasie szczególnie francuskiej, przytoczonych w końcu niniejszego artykułu.

* * *

Wobec rozbieżnych danych odnośnie do wyników leczniczych, spotykanych w literaturze, najważniejszą kwestją dla nas było ustalenie dawek leczniczych, dających dostrzegalny efekt bez objawów toksycznych. Niektórzy autorzy rozpoczynają stosowanie antygenu od dawki 0,25 cm^3 czystego preparatu i dość szybko dochodzą do 2-ch cm^3. Inni znowu zaczynają od 0,1 cm^3 rozcieńczenia 1 : 100 i stopniowo po 0.1 cm^3 dochodzą do 1-go cm^3 czystego preparatu. Są to dwie krańcowe próby dawkowania. Potwierdzają one konieczność wyszukania właściwego dawkowania. Dlatego też pierwszych 68 pacjentów, przeważnie dzieci, podzielono na kilka grup i, stosując rozmaite dawki, naogół małe, otrzymano pewne niżej podane wytyczne.

Tą drogą przekonaliśmy się również o nieszkodliwości antygenu metylowego w dawkach małych. Nigdy nie obserwowaliśmy żadnych ujemnych objawów ubocznych, ogólnych lub miejscowych, a podniesienie ciepłoty nie przekraczało 0,2—0,3^0 C. Miejscowo obserwowaliśmy zaczerwienienie i nieznaczny obrzęk tkanki podskórnej, o czem już zresztą była mowa poprzednio.

Naogół w pierwszych przypadkach stosowaliśmy słabe rozczyny, powoli zwiększając dawki, a ogólna ilość preparatu nie przekraczała kilku cm^3. Wyniki nie były tak efektowne, jak podają autorzy francuscy. Nie zrażając się tem, skomunikowaliśmy się z f. Magister Klawe, która dostarczyła nam bezinteresownie większe ilości preparatu własnego wyrobu i umożliwiła stosowanie antygenu metylowego *(Anti TBC Klawe)* na obszernym materjale, jaki posiadamy w Poradni Wil. T-wa Przeciwgruźliczego. Na podstawie własnego doświadczenia zmodyfikowaliśmy cokolwiek zalecany przez Instytut Pasteura schemat i obecnie u pierwszorazowo leczonych stosujemy dawki następujące, stosując zastrzykiwania dwa razy tygodniowo.

U dzieci — *10% rozcieńczenie preparatu:* 0,25 cm^3 × 2; 0.5 cm^3 × 3; 0,75 cm^3 × 4: 1 cm^3 × 5. (14 zastrzyków).

Preparat czysty — 0 15 cm^3 × 2; 0,3 cm^3 × 3; 0,5 cm^3 × 4; 0,75 cm^3 × 5, następnie po 1 cm^3 aż do zakończenia leczenia.

U dorosłych, również dwa razy tygodniowo:

10% rozcieńczenie preparatu: 0,25 cm^3 × 1; 0,5 cm^3 × 2; 0,75 cm^3 × 3; 1,0 cm^3 × 4 (10 zastrzyków);

preparat czysty: 0,15 cm^3 × 2; 0,3 cm^3 × 2; 0,5 cm^3 × 3; 0,7 cm^3 × 4 i po 1 cm^3 do końca leczenia.

Pierwsza serja zastrzykiwań w zależności od stanu chorobowego wynosi 32—40 zastrzyków, o ile sprawa chorobowa nie ustąpiła, po 3 miesięcznej przerwie powtarzamy kurację, według następującego dawkowania:

dzieci: *10% rozcieńczenie:* po jednym zastrzyku 0,25 — 0,5 — 0,75 — 1 cm^3;

---

[1]) Antygen f. Magister Klawe, znajduje się w handlu pod nazwą *Anti TBC Klawe* w ampułkach dwojakiego rodzaju „mitius" odpowiadający 10% rozcieńczeniu i „fortius" odpowiadający czystemu antygenowi. Opakowanie takie ułatwia stosowanie preparatu w praktyce prywatnej, gdyż zbędnem jest rozcieńczanie i sterylizacja, zwykle kłopotliwa i niepewna w praktyce prywatnej.

Nr. porz.	Wiek i zajęcie	Rozpoznanie kliniczne. Badanie prom. Roentgena	Czas trwania leczenia	Stan wagi po leczeniu	Wyniki leczenia Roentgen po leczeniu	Uwagi
83	L. Ł. 24 lat nauczycielka	*Adenopathia tracheobronchialis. Peribronchitis.* Bad. Roentg. Prawy cień wnękowy znacznie zwiększony ze smugami ku szczytowi.	10 tyg.	+1,100	Stan podgorączkowy ustąpił, po 2 mies. znaczna poprawa samopoczucia. Bad. Roentg. Lekkie zawoalow. obu szczytów od przodu. Cienie wnękowe nieznacznie powiększone.	Po 2-ch mies. powróciła do pracy zawodowej, pracuje po dziś dzień bez przerwy
86	M. W. 30 lat nauczycielka	*Adenopathia tracheobronchialis. Acne vulgaris.*	10 tyg.	+3,300	Znaczna poprawa stanu ogólnego. Objawy gruczołowe znikły. Trądzik obficie występujący na twarzy niemal całkowicie ustąpił.	
118	J. K. 6½ lat	*Adenopathia tracheobronchialis.* Bad. Roentgena. Cienie wnękowe obustronnnie powiększone z licznemi gruczołami oraz smugami ku szczytom i przeponie.	10 tyg.	bez zmiany	Poprawa stanu ogólnego i miejscowego. Stan podgorączkowy ustąpił. Bad. Roentg. Cienie wnękowe wzmożone, gruczoły zagęszczone, lecz jeszcze nie zwapniałe.	
136	E. R. 13 m-cy	*Lymphadenopathia tbc. Tbc. oss. metacarpi I, II i V man. sinistri.* Bad. Roentg. Pole szczytowe normalne gr. wnękowe powiększone o charakterze specyficznym.	3 mies.	+0,700	Znaczna poprawa stanu ogólnego i miejscowego. Próchnica kości garstki wybitnie zmiejszyła się w gruczole pod lewym uchem po zropieniu w ciągu 6 tyg. bez poważniejszych zmian nastąpiło wygojenie.	
157	W. Ł. 26 lat	*Adenopathia tracheobronchialis. Peribronchitis.* St. subfebrilis max. 37, 6. Biernacki w granicach normy. Obfite poty nocne, znaczne osłabienie. Bad. Roetg. Gruczoły wnękowe obustronnie znacznie zwiększone.	12 tyg.	+4,000	Po 4-ch zastrzykach uporczywe poty nocne znikły. Samopoczucie dobre, apetyt, stan sił, znacznie lepsze. Ciepłota powoli opadła Roentgen zmian patologicznych nie wykrywa.	
46	M. J. 16 m-cy	*Tbc. ulnae sinistrae. Lymphadenopathia tbc.* Ropienie nakłuć po odczyn'e Pirqueta. Przetoka nad lewym stawem łokciowym. Stan podgorączkowy Ciepłota 37 5 max.	2 razy po 3 m-ce	+3,700	Po 2-ch zastrzykiwaniach 10% antyg. znaczki po Pirquecie zabliźniły się. Ustało po 6 tyg. leczeniu ropienie z przetoki. Przetoka zabliźnia się. R-gram. Po 3 miesięcznem leczeniu wykazuje zmiejszenie rozpadu kości. Ciepłota w normie. Po 3 miesięcznej przerwie powtórzenie leczenia Anti T B C. Ruchy bezbolesne, skala ich w normie. Brak bolesności.	
106	J. T. 5 lat	*Adenopathia tracheobronchialis. Infiltr. tbc. lobi inf. pulm. dx.* St. subfebrilis. Bad. Roentg. Pole szczytowe normalne. W dolnej części pola płucnego prawego, w okolicy zatoki przeponowo-sercowej, zaciemnienie zajmujące 1/5 część pola płucnego Cienie wnękowe wzmożone.	14 tyg.	+0,100	Znaczne polepszenie stanu ogólnego i miejscowego. Ciepłota w normie. Roentg. W dolnej części pola płucnego prawego nieznaczne zaciemnienie o charakterze specyficznym. Gruczoły wnękowe powiększone.	
80	R. I. 12 lat uczenica	*Pleuritis sin. purulenta. Chondritis tbc. costae IV et VII sinistrae.* St. subfebrilis. max 37,8. Roentg. Lewe pole płucne nad przeponą zawoalowane górna granica pozioma. Cień lewej wnęki znacznie zwiększony. Lewa zatoka przeponowa nie rozwiera się.	4 tyg.	+1,600	Po 4-ch tyg. leczeniu ciepłota spadła do normy. Przetoki chrząstkowe zabliźniły się. Wysięk ropny znacznie zmniejszył się.	Z powodów od nas niezależnych kurację przerwała. Zgłosiła się po 4 mies. z odnowionemi przetokami i stanem podgorączkowym. Wysięk znikł bez interwencji chirurgicznej.
105	Z. B. 6 lat 8 m.	*Spondylitis tbc.*			Po 3-ch mies. leczeniu i leżeniu w łóżeczku gipsowem R-gram stwierdził zachowanie sprawy rozpadowej w kręgu. Po 3 mies. przerwy powtórzenie leczenia. Powtórny R-gram stwierdził powstanie ropni dokoła kręgu. Po 1 roku i 2 mies. leżenia w łóżeczku gipsowem stwierdzono całkowite zahamowaniu sprawy, ropnie umiejscowione w sąsiedztwie kręgu · chorego. Chirurg zlecił gorset.	
115	C. H. 6 lat	*Lyphadenopathia tbc. TBC. tibiae sin. Conjunctivitis phlyctaenulosa.* R-gram. Ubytek cieniowy górnej części lewej piszczeli.	1 raz 20 tyg. 2 raz 12. tyg.	+2,100 +1,800	Przetoka z którą chora przybyła zabliźniła się po 8 zastrz. Znaczna poprawa. Ruchy bezbolesne, obwód kolana zmniejszył się o 2 cm. Powtórzenie leczenia.	
85	St. J. 12 lat uczenica	*Maculitis tbc. oculi utr. Adenopathia tracheobronchialis.* Rozpoznanie okulisty: *Maculitis tbc. ocul utr.* Roentgen. Szczyty i pole płucne jasne, gruczoły wnękowe obustronnie powiększone.	16 tyg. i 12 tyg.	+1,200	Po 20 zastrzykach okulista stwierdził poprawę lecz po 3 tygodniach ponowne badanie dna oka wykryło nowe gruzełki. Powtórne leczenie Anti TBC, 16 wstrzykiwań. Rozpoznanie okulisty po 25 tyg. całkowite zahamowanie sprawy chorobowej na siatkówce. Obecnie chora uczęszcza do szkoły, nie leczy się.	
90	W. P. 26 lat fukc. Pol. Państw.	*Induratio apicis utr. Maculitis tbc. oculi utriusque.* St. podgorączkowy. Biernacki niska norma. Roentgen. Obydwa szczyty zawoalowane, cienie wnękowe wzmożone ze smugami ku szczytom.	11 tyg.	+2,500	Po 11 tyg. leczenia okulista stwierdził występowanie nowych gruzełków. Wyjazd do uzdrowiska. Po powrocie w październiku wobec braku poprawy stwierdzonej przez okulistę nowa serja Anti TBC, 24 zastrzyków. Obecnie znaczna poprawa.	
135	T. L. 31 lat f. P. P.	*Lymphadenopathia colli. Phitisis pulm. decl. fibrosa chr. regr* Ciepłota z rzadkiemi wzniesieniami do 37,1 Pr. Kocha brak. Biernacki wysoka norma. Roentgen. Obydwa szczyty znacznie zawoalowane. Pr. cień wnękowy zwiększony ze smugami ku przeponie.	10 tyg.	+8,200	Ciepłota w normie, znaczne polepszenie stanu podmiotowego. Gruczoły szyjne, które były duże i miękkie po leczeniu stwardniały i znacznie zmniejszyły się.	
166	Wł. W. 30 lat f. P. P.	*Phtisis pulm. fibrosa chronica stat.* St. subfebrilis mx. 37,0 R-skopja. Szczyty zawoalowane. Cienie wnękowe z obu stron zwiększone ze smugami ku szczytom. Obfite nocne poty, zmęczenie, brak łaknienia.	8 tyg.	+1,200	Znaczna poprawa stanu ogólnego. Nocne poty zniknęły po 8-miu zastrzykach. Samopoczucie b. dobre.	
172	D. W. 26 lat urzędn.	*Lymphadenopathia tracheobronchialis tbc. Peribronchitis.* St. subfebrilis max. 37,5. R-skopja. Szczyty nieco zawoalowane prawy więcej Prawy cień wnękowy zwiększony ze smugami ku przeponie.	13 tyg.	+4,100	Ogólny stan bardzo dobry. Ciepłota normalna. R-skopia: uchwytnych zmian chorobowych nie wykrywa.	

preparat czysty: 0,15 cm³ × 1; 0,3 cm³ × 2; 0,5 cm³ × 2; 0,75 cm³ × 3 i po 1 cm³ do ogólnej ilości 24 zastrzykiwań;

dorośli otrzymują odrazu czysty preparat: 0,25 — 0,5 — 0,75 cm³ po 4 zastrzykiwania, następnie po 1 cm³ do 24 zastrzykiwań.

Podkreślić należy, że stosunkowo rzadko wypada przeprowadzać powtórną kurację. Zmuszeni byliśmy interwenjować powtórnie zaledwie w kilku przypadkach ze sprawami przewlekłemi jak: *spondylitis tbc., maculitis (retinitis) tbc.,* lub uporczywe nieżyty okołooskrzelowe. Jednorazowej kuracji (32 wzgl. 40 zastrzykiwań) w ciągu 16—20 tygodni zwykle wystarczało, jeśli nie do całkowitego usunięcia objawów klinicznych, to w każdym razie do znacznego polepszenia stanu ogólnego przy zahamowaniu sprawy chorobowej.

Przytoczone powyżej schematy ulegały zmianom indywidualnym w zależności od reakcji ze strony ustroju; przy dość wysokiej reakcji ogólnej (podniesienie ciepłoty o 0.5—1°), spadku wagi ciała, bądź też silnym odczynie miejscowym stosowaliśmy powolniejsze dawkowanie, przedłużając odpowiednio leczenie. Ogólną dawkę 24 cm³ czystego preparatu staraliśmy się każdorazowo zachować.

W ten sposób było leczonych 172 osoby [2]) Według następujących jednostek chorobowych:

gruźlica gruczołów szyjnych	15 przypadków
gruźlica gruczołów szyjnych i przyoskrzelowych	75 przypadków
gruźlica gruczołów przyoskrzelowych i z wtórnemi nieżytami oskrzeli	29 przypadków
gruźlica gruczołów przyoskrzelowych i krezkowych	2 przypadki
gruźlica skóry (w tem 1 przypadek tocznia)	4 przypadki
gruźlica drobnych kości wzgl. drobnych stawów	11 przypadków
gruźlica dużych kości lub dużych stawów	12 przypadków
gruźlica kręgosłupa	6 przypadków
gruźlica chrząstek żebrowych	2 przypadki
gruźlicze zapalenie siatkówki lub naczyniówki oka	4 przypadki
gruźlicze nacieczenie tkanki płucnej	6 przypadków
gruźlica płuc włóknista przewlekła	6 przypadków

Przytoczone 172 przypadki według płci i wieku przedstawiały się jak następuje:

do lat 7		do lat 15		ponad lat 15	
dziewcz.	chłopcy	dziewcz.	chłopcy	kobiety	mężczyźni
46	58	15	19	27	7
Razem 104		34		34	

Podkreślić muszę, że przypadki, przeznaczone do leczenia antygenem metylowym, były przez nas odpowiednio dobierane, pamiętając, że łatwo zdyskwalifikować bezkrytycznym stosowaniem nawet cenny preparat. Musimy pogodzić się z tem, że nie posiadamy uniwersalnego środka leczniczego przeciwko gruźlicy i prawdpodobnie nigdy nie będziemy go posiadali, chociażby ze względu na różnorodność jej postaci. Gruźlica u każdego chorego przebiega swoiście, stanowiąc zjawisko biologiczne, występujące w danym ustroju pod wpływem zakażenia gruźliczego. Dlatego też nieuwzględnianie indywidualnych cech schorzenia danego osobnika prowadzi do ujemnych wyników leczniczych. Kładzie się to zwykle na karb bezwartościowości leku, a właściwie zależy od osobniczych odrębności danej postaci gruźlicy. W ten sposób dyskredytowano sanokryzynę i wiele innych podobnych środków, które jednakże w odpowiednio dobranych przypadkach dają bardzo dobre wyniki (Borowski, Kuncewicz, Dąbrowski, Szczepański, Landau i inni — w Polsce, Faber, Mollard i wielu innych zagranicą). Z powyższych względów stosujemy antygen metylowy, indywidualizując przypadki, i, jak wynika z przytoczonego zestawienia, używamy go w łagodniejszych postaciach gruźlicy, wyłączając całkowicie czynną gruźlicę płuc w każdej postaci.

Czynna gruźlica płucna jest bowiem przejawem całkowitego braku odporności organizmu w stosunku do czynnych biologicznie prątków, względnie wyrazem upośledzonej zdolności do walki. Biologiczne przestrojenie takiego ustroju powinno się odbywać w ciągu dłuższego czasu, na drodze naturalnego rozwoju upośledzonych czynników odpornościowych. Zbyt szybko następujące zmiany w ustroju, jakie, naszem zdaniem, występują przy stosowaniu antygenu metylowego, mogą nieraz sprowadzić pogorszenie. Antygen wpływa na spotęgowanie sił odpornościowych ustroju drogą pobudzenia własności obronnych. Przy gruźlicy czynnej płuc nie może nastąpić szybkie ich uruchomienie, gdyż organizm nie posiada dostatecznego „zapasu biernego" sił obronnych. W łagodnych postaciach gruźlicy wynik toczącej się walki pomiędzy odpornościowo silnym ustrojem, a zakażeniem gruźliczem, jest narazie niezdecydowanym i niezakończonym, dlatego też w takich wypadkach uważamy za celowy zabieg, mający za zadanie wzmożenie odporności, wzgl. utrzymanie jej na wysokim poziomie.

Z wyłuszczonych wyżej powodów osobnika, przeznaczonego do leczenia antygenem metylowym, poddajemy ścisłej obserwacji dłuższej, polegającej na ustaleniu wahań dobowych ciepłoty, co jest ważnem dla określenia przyszłego odczynu ogólnego. U dzieci stosujemy odczyn Pirqueta, względnie Mantoux. Wszyscy chorzy są poddawani badaniu rentgenowskiemu — zwykle kilkakrotnie (przed i po leczeniu). W przypadkach chirurgicznych, niejasnych co do rozpoznania, robiliśmy zdjęcia rentgenowskie, jak również badano krew metodą Biernackiego, u dorosłych obliczano hemogram Schillinga i t. p. W nielicznych przypadkach badano plwocinę na obecność prątków Kocha.

Do leczenia przeznaczaliśmy tylko takich chorych, u których:

1. wahania dobowe ciepłoty nie przekraczały jednego stopnia,
2. odczyn tuberkulinowy wypadał dodatnio,
3. R/grafja lub R/skopja wykrywała określone zmiany chorobowe swoiste,
4. odczyn Biernackiego nie przekraczał normy,
5. hemogram Schillinga wskazywał na obecność przewlekłego zakażenia bez wyraźnej walki z zarazkiem.

Możliwem jest, że zarzucona nam będzie zbytnia ostrożność w doborze chorych. Jednakże ostrożność ta jest tylko pozorną, gdyż właśnie przypadki leczone przez nas w zwykłych warunkach leczenia dawały rokowanie wątpliwe. Były to przeważnie przypadki od dłuższego czasu leczone bezskutecznie, a które pod wpływem antygenu doznawały znacznej poprawy. Pragnęliśmy jedynie usystematyzować wskazania dla antygenowego leczenia, stąd ta drobiazgowość i ścisła analiza poszczególnych przypadków. Decyzja o leczeniu antygenem metylowym zapadała dopiero wtenczas, kiedy: dłuższa obserwacja, czasami do ½ roku, przekonywała nas, że organizm nie jest w stanie zwykłemi środkami zwalczyć samodzielnie schorzenia oraz kiedy kilkakrotne badanie fizykalne i kontrola rozmaitemi sposobami pomocniczemi wykrywała obecność swoistej sprawy chorobowej ze ścisłem umiejscowieniem. Od leczenia antygenem były wykluczone wszystkie banalne sprawy gruczołowe, jak również lekkie schorzenia drobnych kości *(spina ventosa).* Wszyscy chorzy w okresie kuracji nie otrzymywali żadnych leków, pospolicie używanych w tych przypadkach. Jedynie następczo wzgl. pod koniec kuracji dawaliśmy preparaty wapniowe, przeważnie *Tricalcin* lub *Phosphocalcol*, w celu szybszego zwapnienia zagęszczonych gruczołów.

Przechodząc do omawiania wyników leczniczych obserwowanych przypadków, przedewszystkiem należy podkreślić dodatni wpływ antygenu na ogólny stan chorego. Waga ciała przybywa stale. Samopoczucie polepsza się, zjawia się chęć do pracy. Znika łatwo występujące męczenie się, chory nabiera wiary w możliwość wyleczenia. Ciepłota powoli, lecz stale opada, po kilku miesiącach powraca do normy. Oceniając działanie antygenu stwierdzamy, że działa on swoiście, wzmagając odporność organizmu, dzięki czemu objawy zatrucia (wzniesienie ciepłoty, brak łaknienia, nocne poty, zmęczenie i t. p.) powoli, lecz wyraźnie znikają.

Jeśli chodzi o wpływ na proces miejscowy, to największe doświadczenie posiadamy w gruźlicy gruczołowej. Otrzymane wyniki dałyby się streścić jak następuje:

1. Antygen metylowy jest swoistym środkiem w leczeniu gruźlicy gruczołowej. Szczególniej efektowne wyniki otrzymujemy w przypadkach świeżego zakażenia. Duże nacieczone gruczoły po jednej serji zastrzyków zmniejszały się znacznie, zaś w lżejszych przypadkach całkowicie znikały, co łatwo się daje obserwować na gruczołach szyjnych. Spotyka się jednak przypadki bardzo oporne, wymagające długotrwałego leczenia, składającego się z kilku seryj.

2. Przetoki ropne szybko ulegają zabliźnieniu, pozostawiając niewielką miękką bliznę. W przypadku ropienia skóry po odczynie Pirqueta, które nie poddawało się zwykłemu leczeniu, po

²) Obecnie ilość leczonych przekroczyła 250 osób.

2 zastrzykiwaniach 10% roztworu nastąpiło całkowite zabliźnienie obu owrzodzeń bez wytworzenia większej blizny.

3. Jaskrawym jest wpływ leczenia na stan zapalny tkanek, otaczających gruczoły chłonne (*periadenitis*): obrzęki szybko znikają i z ogólnej masy wyodrębniają się wyraźnie poszczególne gruczoły.

4. W przypadkach gruźlicy gruczołów przyoskrzelowych (ze smugami na obrazie rentgenowskim), zwykle po 3-ch miesiącach leczenia następowała znaczna poprawa stanu miejscowego — smugi znikały.

5. W przypadkach gruźlicy gruczołów dalej posuniętej z towarzyszącemi nieżytami oskrzelowemi również następowała poprawa stanu ogólnego i miejscowego.

Brak polepszenia stanu miejscowego występował w przypadkach nielicznych przewlekłej, zastarzałej sprawy chorobowej ze znacznemi nieodwracalnemi anatomo-patologicznemi zmianami, jednakże i w tych wypadkach następowała pewna poprawa w stanie ogólnym.

W przypadkach gruźlicy kostnej, wynik leczenia zależał od stopnia ciężkości schorzenia oraz od czasu trwania leczenia. Naogół gruźlica małych kości lub stawów po 20—24 zastrzykiwaniach ulegała zupełnemu wyleczeniu, względnie występowało zahamowanie rozwoju sprawy chorobowej.

W jednym świeżym przypadku gruźlicy II kości śródręcza lewego po 3 miesiącach nastąpiło całkowite wyleczenie: po roku matka dziecka nie mogła zorjentować się, która rączka właściwie była chorą. (136).

W przypadkach schorzenia dużych kości lub stawów wyniki dodatnie miejscowe nie następują tak szybko, lecz w krótkim już czasie następuje poprawa stanu ogólnego. Rentgenograficznie stwierdzone zahamowanie procesu próchnienia kości.

Przypadki te poza zwykłem unieruchomieniem chirurgicznem wymagają kilku seryj leczenia antygenem. Przetoki zabliźniały się po kilkutygodniowem leczeniu, ani razu nie obserwowaliśmy ropiejącej przetoki, któraby po 12—15 zastrzykiwaniach nie oczyściła się i nie zabliźniła; podkreślić wypada, że zwykle po rozpoczęciu leczenia antygenem ropienie zwiększa się, w czem upatrujemy dodatni wpływ antygenu na sprawę miejscową.

Nie zauważyliśmy ani sztywności w stawach, ani bolesności ruchów, co przemawia za tem, że zmiany chorobowe znikają bez obszerniejszych zmian łączno-tkankowych. Na podstawie posiadanego materjału uważamy, że w wypadkach gruźlicy chirurgicznej leczenie antygenem bynajmniej nie ustępuje leczeniu promieniami Roentgena.

Uważamy za konieczne omówić pokrótce wyniki leczenia antygenem gruźliczych schorzeń oka n a c z y n i ó w k i i s i a t k ó w k i. Z kilku obserwowanych przypadków w 2 stosunkowo świeżych nastąpiło całkowite zahamowanie sprawy chorobowej, potwierdzone kilkakrotnem badaniem oka przez okulistę. W przypadkach zapuszczonych, ze znacznemi zmianami anatomo-patologicznemi poprawa wzroku, ze zrozumiałych powodów, nie nastąpiła.

Podając antygen w nacieczeniach tkanki płucnej, mieliśmy na względzie zarówno wpływ na objawy miejscowe, jak i na stan ogólny, znacznie upośledzony zwykle w tych przypadkach. W celu przywrócenia zdolności do pracy przez polepszenie stanu ogólnego stosowaliśmy antygen we włóknistych postaciach gruźlicy. W jednym i drugim przypadku leczenie antygenowe nas nie zawiodło, gdyż uzyskaliśmy szybkie cofanie się nacieków i poprawę stanu ogólnego.

Niektóre przypadki zestawione na załączonej tablicy ilustrują wyniki uzyskane w leczeniu antygenem metylowym.

W n i o s k i.

1. Antygen metylowy, otrzymywany z prątków gruźliczych po uprzedniem traktowaniu ich acetonem (*Anti TBC Klawe*), jest nieszkodliwym środkiem w leczeniu łagodnych postaci gruźlicy.

2. Leczenie powinno trwać dostatecznie długo. Rozpoczynać należy od małych dawek, dawki indywidualizować.

3. Leczenie antygenem wpływa dodatnio nietylko na stan ogólny (przybytek na wadze, spadek ciepłoty, zmniejszenie objawów zatrucia i t. p.), lecz również wybitnie na stan miejscowy.

4. Szczególniej dodatnim jest wpływ antygenu w świeżych przypadkach gruźlicy gruczołowej, skórnej, błon oka oraz chirurgicznych w okresie zmian odwracalnych.

5. W przypadkach przewlekłych antygen wywierając nieznaczny wpływ na zmiany miejscowe, wpływa dodatnio na ogólny stan chorego.

6. Przypadki gruźlicy ostrej, przebiegającej ze znacznem wyniszczeniem lub silnemi objawami zatrucia, nie powinny być leczone antygenem.

Piśmiennictwo.

1. B l a n k o f f: Rev. Belge de la Tuberculose 1929 Nr. 6. — 2. B r e t o n A.: C. R. Soc. Biol. T. 100/1929. — 3. C a m i n o: Rev. dela Tuberculose T. X — 1928 Nr. 2. — 4. C o u r c o u x et P. M e r k l e n: i b i d e m T XI 1930 Nr. 2. — 5. K. D ą b r o w s k i i W. S o b o c i ń s k a: Gruźlica T. III Nr. 3. — 6. H e n r y A.: Revue de la Tuberculose T. X 1928 Nr. 1. — 7. N è g r e L. i A. B o q u e t: Antigènotherapie de la tuberculose. Paris 1927. — 8. i d e m: Presse Médicale Nr. 16 1927. — 9. i d e m: C. R. Soc. Biol. T. 100, 1929. — 10. Phélip L.: Revue de la Tuberculose T. X 1928 Nr. 4. — 11. S t e r l i n g - O k u n i e w s k i S.: Gruźlica T. 2 Nr. 6. — 12. T r u m b u l G o n z a l o C o r b a l a n: Revue de la Huberculose T. XI, 1929 Nr. 6.

H. KAULBERSZ-MARYNOWSKA. Wilno.

O stosowaniu diety z surowych jabłek w nieżytach jelit u niemowląt.

Z Kliniki Chorób Dziecięcych U. S. B.
Dyr.: Prof. Dr. Wacław J a s i ń s k i.

Dieta jabłkowa stosowana była od szeregu lat, jako środek ludowy w ks. Badeńskiem. H e i s l e r z Königsfeld był pierwszym z lekarzy, który zajął się wypróbowaniem tego środka; od 1910 r. podawał on w ostrych biegunkach i czerwonce zarówno dzieciom, jak i dorosłym w ciągu kilku dni surowe jabłka. Wyniki otrzymane tym sposobem leczenia H. uznał wprost za zdumiewające i ogłosił je drukiem poraz pierwszy w r. 1913 w „Spostrzeżeniach z praktyki" w Würzburgu, następnie zaś w broszurze „Dennoch Landarzt"; W ubiegłym roku na Kongresie Międzynarodowym Pedjatrów w Stockholmie H. wygłosił odczyt „O dniach surowych jabłek w biegunkach dzieci i dorosłych". H e i s l e r uważa, że dojrzałość jabłek nie jest niezbędnym warunkiem ich skuteczności, gdyż nieraz, nie mając dojrzałych jabłek, stosował z konieczności jabłka zielone i to czasami tak kwaśne, że „ściągały poprostu bł. śluzową jamy ustnej", przyczem otrzymywał szczególnie korzystne wyniki i to nawet w ciężkich przypadkach biegunek. H e i s l e r stale prawie podawał jabłka nieobrane, przypisując łupinie i tuż pod nią leżącej warstwie miąższu dużą rolę w skuteczności diety jabłkowej.

Równocześnie z H e i s l e r e m prof. K o h l b r u g g e w Holandji podawał w czasie letniej epidemji biegunek w r. 1911 niemowlętom, w ciągu dwóch dni, tylko wodę z sokiem cytrynowym, dorosłym zaś owoce, sałatę z ogórków, sok z cytryn. K o h l b r u g g e uważa, że ten sposób leczenia pozwolił mu uratować szereg ciężkich przypadków; spostrzeżenie swe ogłosił poraz pierwszy w 1911 r. w holenderskiem czasopiśmie lekarskiem, wobec czego nie doszły one do wiadomości ogółu lekarzy.

W ostatnich latach dietę jabłkową wydobył, jak gdyby (według wyrażenia H e i s l e r a) na światło dzienne M o r o, stosując w ostrych i przewlekłych nieżytach jelit, oraz w czerwonce na materjale swej kliniki dziecięcej sposób, o którym H e i s l e r tylko krótko w swej broszurce wspomniał. To też W o l f, ogłaszając wyniki otrzymane przy stosowaniu surowych jabłek w klinice dziecięcej w Eisenach, nie waha się diety jabłkowej nazwać dietą M o r o.

M o r o podawał jabłka obrane i utarte na szklanej tarce w ilości od 100—300 g na 1 karmienie w ogólnej ilości 500—1500 g na dzień. Dietę tę stosował w ciągu 2 dni jako pokarm wyłączny. Po 2 dniach jabłkowych podawał przez 2 dni bezmleczną i bezjarzynową dietę przejściową, składającą się z herbaty lub kakao na wodzie i sucharka na I śniadanie; z bananów, sera i sucharków na II śniadanie; z rosołu bez tłuszczu lub gęstego kleiku, chudego mięsa lub szynki, purée ziemniaczanego, kompotu z jagód i bananów na obiad; kolacja zaś składała się z tego co obiad lub II śniadanie. Po 2 dniach przejściowej diety dzieci przechodziły na zwykłe pożywienie. Przebieg wszystkich przypadków był z reguły taki, że biegunki odrazu ustępowały i już pierwszego lub drugiego dnia diety jabłkowej stolec był sformowany. Szczególnie korzystne wyniki dawała dieta jabłkowa w czerwonce — we wszystkich przypadkach ciepłota nieraz do 40° podwyższona, opadała do normy, bóle brzucha i parcie ustępowały błyskawicznie, a stolce pierwszego, względnie drugiego gnia diety jabłkowej nabierały konsystencji prawidłowej.

F a n c o n i w klinice dziecięcej w Zürichu stosował dietę owocową od 1926 r. — początkowo w t. zw. *infantilismus intestinalis* (*coeliakia*, choroba Herbeta-Heubnera), polegającym na zahamowaniu wzrostu i demineralizacji ustroju wskutek upośledzonej

zdolności wchłaniania w jelitach i wydalania olbrzymich ilości niewchłoniętych pokarmów z kałem.

Skuteczność diety owocowej w tych przypadkach skłoniła już Feera, poprzednika Fanconi'ego na katedrze w Zürichu, do zastosowania tej diety również i w ostrych stanach zapalnych cienkiego i grubego jelita u dzieci od 10 miesiąca życia, a wyniki uzyskane tym sposobem leczenia uznano za zdumiewające: stolce stają się bardziej zbite, występują coraz rzadziej, tracą przykrą woń, a nawet przyjmują aromatyczny zapach, apetyt zwiększa się i samopoczucie poprawia.

Fanconi w pierwszym dniu podaje bądź sok z owoców, bądź surowe jabłka, albo utarte banany, bądź też równocześnie sok, jabłka i banany — za najlepsze jednak uważa same banany. Słabym dzieciom celem powstrzymania występującego zwykle przy diecie owocowej spadku wagi, dodawano w drugim dniu diety owocowej maślankę i wstrzykiwano podskórnie sól fizjologiczną. Innym dzieciom dopiero po 2 względnie 3 wyłącznie owocowych dniach dodawano niesłodzoną maślankę w ilości 100—600 g dziennie, lub mleko migdałowe w ilości 100 — 400 g dziennie, następnie łyżeczkami stopniowo purée ziemniaczane, duszone, przepuszczone przez sitko jarzyny, zaś w 4 dniu lub czasami dopiero w końcu I tygodnia twaróg lub t. zw. białkowe mleko migdałowe [1]). Po kilku dniach maślankę, względnie migdałowe mleko białkowe zastępowano zwykłem mlekiem kwaśnem, następnie dodawano kasze, kleiki, po tygodniu przechodzono na zwykłą dietę. Fanconi radzi tylko, celem uniknięcia nawrotów być szczególnie ostrożnym z podawaniem pełnego mleka i mącznych pokarmów. Fanconi stosuje dietę owocową dopiero od 10 m-ca życia.

Zachęceni tak doskonałemi wynikami Heislera, Moro i Fanconi'ego, zaczęliśmy od początków listopada ubiegłego roku stosować dietę jabłkową w leczeniu przewlekłych i ostrych nieżytów jelit u niemowląt na materjale kliniki dziecięcej, oraz na stacjach opieki nad dzieckiem. Stosowaliśmy ją dotychczas w 40 przypadkach u niemowląt oraz w 6 przypadkach u starszych dzieci. Przypadki nasze dotyczyły przeważnie nieżytów jelita grubego. Najmłodsze dziecko, któremu podawaliśmy jabłka było w wieku 3 i pół miesięcy. Bananów z powodu ich wysokiej ceny, nie mogliśmy stosować.

Jabłka podawaliśmy obrane (używaliśmy zwykłych jabłek rynkowych, których skóra nie nadawała się do spożycia), utarte na tarce i przetarte dla mniejszych niemowląt przez sitko włosiane w ilości 300—600 g w ciągu pierwszej doby, jako wyłączny pokarm, co odpowiada 168—336 kalorjom, czyli 252—504 nemom pożywienia (według tablicy kalorycznej P. S. N. S.), ponadto w większości przypadków dodawaliśmy wodę lub płyn Ringera w dowolnej ilości do picia. Starsze dzieci otrzymywały od 600 g do 1.100 g jabłek na dobę. U małych niemowląt do 5 miesięcy spożywanie miazgi jabłkowej napotykało nieraz na trudności; podawaliśmy wówczas wyciśnięty z miazgi sok w tej samej, co i miazga ilości (z 600 g nieobranych jabłek otrzymujemy zwykle 400 g miazgi lub 300 g soku). Całodzienną ilość rozdzielaliśmy na 5—6 posiłków; w wyjątkowych przypadkach, kiedy dziecko bardzo niechętnie jabłka przyjmowało, podawaliśmy w pierwszym dniu co godzinę małe ilości miazgi względnie soku (15—20 razy po 20 g), przez co dzieci przyzwyczajały się do jabłek i następnych dni podawanie większej ilości jednorazowo nie napotykało na trudności. Zwykle jednak dietę jabłkową dzieci chętnie spożywały. Jabłka i sok podawaliśmy niesłodzone, gdyż kilkakrotne stosowanie celem próby jabłek z cukrem dawało gorsze wyniki. W ciągu drugiej doby pozostawialiśmy zwykle tę samą ilość miazgi, względnie soku przyczem dodawaliśmy 100—300 g maślanki, podając ją co drugie względnie trzecie karmienie naprzemian z jabłkami; następnych dni zmniejszaliśmy o 100 g ilość jabłek, zwiększając odpowiednio ilość maślanki; 50 g jabłek pozostawialiśmy jednak stale celem dostarczenia dziecku odpowiedniej ilości witaminów. W 4—5-ym dniu dodawaliśmy grysik na wodzie, 30—50 g twarogu dziennie, następnie zupę, jarzyny, kisiel, przechodząc stopniowo na odżywianie według szkoły Pirqueta. Dzieci w wieku od 3—6 mies., karmione dotychczas tylko piersią, nie przeprowadzaliśmy na całodzienną dietę jabłkową, nie chcąc ich pozbawiać w ciągu całej doby mleka matki — podawaliśmy im w pierwszym dniu jabłka w 4 kolejno po sobie następujących posiłkach (4 × 50 g), pozostawiając rano i wieczór karmienie piersią, II-go dnia 3 karmienia jabłkami, 3 piersią, III-go 2 jabłkami, 4 piersią, IV-go raz jabłka, 5 razy pierś.

Wśród 40 przypadków niemowląt leczonych dietą jabłkową w 38 nastąpiła wybitna poprawa, stolce już nieraz pod koniec pierwszej doby tej diety formowały się, śluz zmniejszał się, a po 2 dniach zwykle znikał zupełnie; nieco dłużej utrzymywał się przy podawaniu soku zamiast miazgi, ale i tu zbitość stolców ulegała bardzo szybkiej poprawie. W 2 przypadkach poprawa nie była widoczna, pogorszenie jednak w żadnym z tych przypadków nie nastąpiło. Przypadki te okazały się również oporne wobec wszelkich innych metod leczniczych. Dla przykładu przytoczę kilka przypadków.

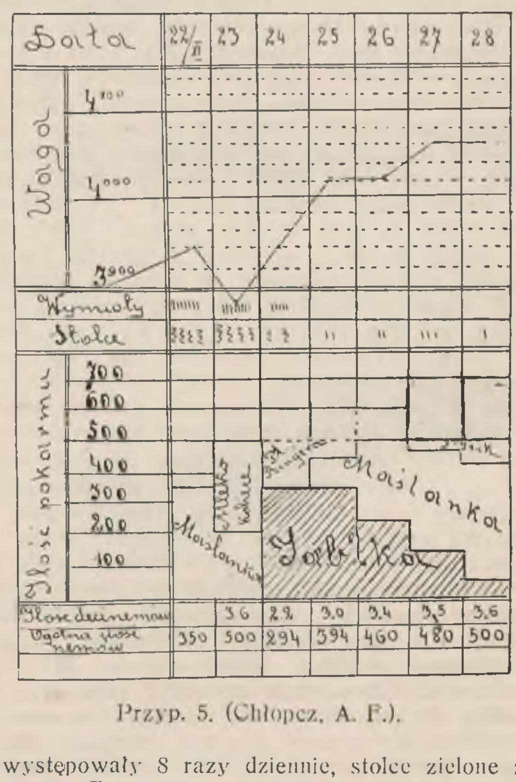
1. Chłopczyk H. N., w wieku 11 miesięcy; w wywiadach od 5 miesięcy wolne stolce ze śluzem, częste wymioty i stany podgorączkowe. Było to pierwsze dziecko, któremu odważyliśmy się podać dietę jabłkową; a wybraliśmy ją w tym przypadku z powodu obecności białka i wałeczków w moczu; dieta owocowa wydała nam się i ze względu na nerki bardzo wskazaną. Już następnego dnia stolce sformowały się, dziecko mimo o połowę za małego pokrycia zapotrzebowania pokarmu przybyło na wadze 20 g. Zmiany w moczu po kilku dniach ustąpiły. Stolce dobre utrzymywały się w ciągu 19 dni pobytu dziecka w klinice; wypisano z przybytkiem wagi 430 g.

2. Chłopczyk J. W., w wieku 13 miesięcy. W wywiadach od 10 dni (po grypie) stolce zupełnie wodniste 10 razy na dobę. Zastosowano dietę jabłkową w ilości 500 g na dobę, na drugi dzień stolce sformowały się zupełnie. (dziecko stacyjne).

3. Dziewczynka T. L., w wieku 15 miesięcy; w wywiadach od 2 tygodni wolne stolce 6—8 razy dziennie ze śluzem, ubytek wagi 1 kg w ciągu 12 dni. Przyjęta do kliniki w stanie ciężkim, ciepłota 38° z objawami zatrucia; zastosowano 8-godzinny głód następnie mleko kobiece; stan ogólny poprawił się, jednak stolce złe, zielone ze śluzem utrzymywały się nadal. W trzecim dniu pobytu dziecka w klinice zastosowano dietę jabłkową, poczem stolce uległy wybitnej poprawie; dziecko wprawdzie ubyło w ciągu 2 dni 120 g, od trzeciego dnia jednak zaczęło przybywać na wadze i stolce dobre utrzymywały się przez miesiąc; pogorszyły się znowu w czasie grypy przebiegającej z ciepłotą, dochodzącą do 39° — po diecie jabłkowej wystąpiła ponownie poprawa.

4. Chłopczyk J. K., w wieku 15 mies. Od 6 dni stolce ze śluzem 5—7 razy na dobę, wymioty 1—2 razy dziennie. Zastosowano dietę jabłkową w ilości 400 g w pierwszym i drugim dniu pobytu w klinice; stolce po 2 dniach sformowały się, śluz znikł, wymioty ustąpiły; od tego czasu w ciągu miesiąca stolce były stale dobre.

5. Chłopcz. A. F., w wieku 6 mies.; w wywiadach od 5 miesięcy stolce wolne ze śluzem 5—6 razy dziennie, wymioty kilkakrotne w ciągu dnia. W klinice w ciągu pierwszych dni pobytu



Przyp. 5. (Chłopcz. A. F.).

wymioty występowały 8 razy dziennie, stolce zielone ze śluzem 4 razy dziennie. Zastosowano w ciągu jednej doby 300 g przetartych jabłek i roztwór Ringera do picia. Nazajutrz wymioty ustąpiły zupełnie, stolce sformowały się.

---

[1]) białkowe mleko migdałowe przyrządza się w ten sposób, co i zwykłe mleko białkowe z tą tylko różnicą, że ilość twarogu otrzymaną z 1 l mleka krowiego nie miesza się z 1 litrem maślanki i wody, tylko z 1 litrem 5% mleka migdałowego. Mleko migdałowe przyrządzali w prosty sposób, robiąc emulsję wodną z purée migdałowego „Nuxo", wyrabianego w Rapperswylu.

6. Chłopcz. A. T., w wieku 5 i pół mies., wagi 7390 (dziecko stacyjne karmione piersią) stolce wolne ze śluzem 15 × dziennie od tygodnia. Dietę jabłkową stosowano w sposób wyżej opisany dla dzieci karmionych piersią. Stolce już po 1 dniu diety jabłkowej uległy zupełnej poprawie.

7. Dziewcz. J. N., w wieku 5 mies., z wybitną krzywicą; w wywiadach od 2 tygodni wolne stolce ze śluzem 5—10 razy dziennie. Dziecko w ciągu pierwszej doby otrzymało 300 g soku z surowych jabłek — miazgi nie chciało jeść. Stolce już pod koniec pierwszej doby diety jabłkowej sformowały się zupełnie i takiemi pozostały do końca pobytu dziecka w klinice.

8. Chłopcz. Z. K., w wieku 4 mies. Od 3 dni stolce zielone, wolne ze śluzem, kilka razy dziennie. Zastosowano w klinice początkowo 10% emulsję rycynową w ciągu 4 dni, karmienie mlekiem kobiecem; w tym czasie dziecko ubyło 250 g, stolce pozostawały nadal zielone, grudkowate. Zastosowano w ciągu 3 dni po 4 karmienia 80 g soku z jabłek — stolce drugiego dnia uległy poprawie; dziecko na wadze w dniach diety jabłkowej przybywało 50 g w ciągu dnia.

9. Chłopcz. M. N. w wieku 3 i pół mies., karmiony sztucznie. W wywiadach od 2 tygodni stolce wolne ze śluzem kilka razy dziennie i częste wymioty. W ciągu 2 dni podawano co godzinę po 20 g soku z jabłek; wymioty ustąpiły, stolce uległy zupełnej poprawie.

10. Chłopcz. R. T., w wieku 7 mies., z wybitną krzywicą i skazą wysiękową. Stolce zielone ze śluzem, 5—7 razy na dobę od kilku tygodni. W ciągu pierwszych 2 dni pobytu dziecka w klinice podawano maślankę, przyczem stolce zostały niezmienione. Zastosowano dietę jabłkową. Stolec po kilku godzinach już był sformowany i od tej pory stolce prawidłowe utrzymywały się przez cały czas pobytu dziecka w klinice (1 miesiąc).

Przebieg innych przypadków był podobny.

Skuteczność diety jabłkowej jest przez różnych autorów rozmaicie tłumaczona. Moro objaśnia jej dodatnie działanie dużą zawartością garbnika w jabłkach i mechanicznem oczyszczaniem jelita przez przejście gąbczastej masy, która działa równocześnie jako środek adsorbujący szkodliwe ciała. Zmiana podłoża i flory grubego jelita, oraz zawartość witaminów odgrywają zdaniem Moro mniejszą rolę w skuteczności diety jabłkowej. Kohlbrugge, jednak nie zgadza się ze zdaniem Moro, jakoby jabłka działały przez zawartość garbnika lub też mechanicznie, gdyż nie wszystkie biegunki leczą się garbnikowemi preparatami, ani też podawaniem przetartego ryżu, który podobnie jak miazga jabłkowa, mechanicznie oczyszcza jelita. Kohlbrugge przypisuje główne znaczenie kwasom owocowym, na potwierdzenie czego podaje swoje wyniki leczenia biegunek u niemowląt wodą z sokiem cytrynowym; kwasy owocowe hamują zdaniem jego, rozwój patologicznej flory bakteryjnej. Heisler zaś uważa, że największą rolę w skuteczności diety jabłkowej odgrywa zmiana podłoża i chemizmu przewodu pokarmowego, wywołana podaniem kwasów owocowych; następnie mechaniczne oczyszczenie jelita, a dopiero w ostatnim rzędzie zawartość garbnika, za czem przemawiają szczególnie dobre wyniki podawania bardzo kwaśnych, niedojrzałych owoców. Heisler wyraził na kongresie w Stockholmei nadzieję, że dieta jabłkowa stanie się nietylko znakomitą metodą leczniczą, ale może przyczynić się do wytworzenia zupełnie nowych poglądów na chemizm przewodu pokarmowego. W ożywionej dyskusji, która się rozwinęła w Stockholmie po odczytach Heislera i Fanconiego zabierali głos Fischl z Pragi, Ibrahim z Jeny oraz inni; wszyscy potwierdzali skuteczność stosowania diety jabłkowej i wyrażali wdzięczność Heislerowi za podanie tak przyjemnej, taniej i pewnej metody w leczeniu nieżytów jelit i czerwonki.

Dobre wyniki, jakie otrzymywaliśmy również przy podaniu samego soku z jabłek skłaniają nas do przypuszczenia, że nie samo mechaniczne oczyszczanie jelita przez przejście gąbczastej masy odgrywa główną rolę w skuteczności diety jabłkowej. Działanie lecznicze jabłek jest nietylko miejscowe, ale skierowuje się ono, jak przypuszczamy, równocześnie przeciwko czynnikom natury ogólnej, przeciwko owym „frontom", zagrażającym ustrojowi, o których w swej monografji „Zaburzenia w czynnościach i stany zapalne grubego jelita" mówią Michałowicz i Wiszniewski. Zaburzenia czynności jelita grubego są bowiem, według Michałowicza, wyrazem cierpienia ogólnego, mającego swe źródło zarówno w sferze czynności układu nerwowego (front psychiczno-nerwowy), jak i w sferze przemiany materji (front przemiany materji), w sferze życia tkanek i stosunku do różnych substancyj regulujących (front uczuleniowy). Produkty patologicznej przemiany materji, wydzielając się przez jelita z t. zw. prądem wstecznym (t. j. prądem zdążającym z ustroju do światła jelit), powodują zmianę cech chemiczno-biologicznych soku jelitowego, a tem samem zmianę dotychczasowego podłoża, przez co nieszkodliwe bakterje w przewodzie pokarmowym nabierają cech złośliwości, przenikają do światła jelita cienkiego i powodują stan zapalny jelit. Również zakażenie pozaustrojowe, uderzające, jak mówi Sanarelli, w jelito od tyłu, spowodować może wzmożenie jadowitości zwykłych, banalnych drobnoustrojów, zamieszkujących przewód pokarmowy (front bakteryjny i miejscowy). Dieta jabłkowa, (jak i owocowa wogóle), przez swój przyjemny smak, i zawartość witaminów wpływa korzystnie na układ nerwowy, usprawnia czynności obronne wątroby, zaś będąc pokarmem ubogim w białko i posiadając równocześnie własności odtruwające pozbawia ustrój produktów patologicznej przemiany materji; jest środkiem absorbującym jady zarówno chemicznego jak i bakteryjnego pochodzenia; przez zmianę cech chemicznych soku jelitowego, a tem samem i podłoża, sok owocowy osłabia złośliwą florę bakteryjną i przyczynia się do jej zmiany na florę dobrotliwą. Dieta jabłkowa ma przytem tę dodatnią stronę, że posiadając odpowiednią wartość kaloryczną, nie jest dietą głodową i podnosi tolerancję ustroju.

Jakkolwiek dwa przypadki, w których nie otrzymaliśmy poprawy, nie pozwalają nam na zapewnienie z góry w każdym przypadku dobrego wyniku, to jednak uważamy dietę jabłkową za najcenniejszy z dotychczasowych sposobów leczenia nieżytów jelit, gdyż poprawa następowała bardzo szybko i to nieraz w przypadkach, gdzie poprzedni sposób leczenia zawodził. Obecnie w Klinice Dziecięcej U. S. B. dietę stosujemy u każdego dziecka przyjętego z powodu nieżytu jelit.

Piśmiennictwo.

1) Fanconi: Klin. Wochenschr. R. 1930, str. 549. — 2) Fanconi: Acta Pediatrica (Pamiętnik Kongresu) Rok 1930. T. XI, str. 380; Deutsch. Med. Woch. R. 1930, T. 56, Nr. 46, str. 1949. — 3) Heisler i Kohlbrugge: Klin. Woch. R. 1930, T. 9, str. 408. — 4) Heisler: Acta Pediatrica R. 1930, T. XI, str. 379. — 5) Michałowicz i Wiszniewski: Zaburzenia w czynnościach i stany zapalne grubego jelita. Monogr. z dziedziny pedjatrji r. 1930. — 6) Moro: Klin. Woch. R. 1929, T. 8, Nr. 52, str. 2414. — 7) Moro: Klin. Woch. R. 1930, T. 9, str. 409. — 8) Wolff: Deutsch. Med. Woch. R. 1930, T. 56, Nr. 52, str. 2211.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Morcel Royer: *L'urobiline a l'état normal et pathologique.* L'Institut de Physiologie de la Faculte de Médicine de Buenos-Aires. Paris, 1930, Masson et Cie. str. 196.

Po krótkim wstępie historycznym omawia autor w pierwszym rozdziale metody wykazywania urobiliny w moczu, żółci, kale i krwi oraz metodę oznaczania urobilinogenu wedle Ehrlicha. W omówieniu krytycznem wykazuje braki metod widmowych bezpośrednich oraz opartych na wytrząsaniu względnie wyciąganiu barwika. Opowiada się natomiast za zastosowaniem słabo kwaśnego roztworu octanu cynku i badaniem fluorescencji. Przypomina, że mocz może zawierać ciała hamujące występowanie odczynu Ehrlicha, jak np. formalina, natomiast antipiryna, pirydyna i aceton dają odczyn podobny.

Drugi i trzeci rozdział poświęcił autor omówieniu metod ilościowego oznaczania tych dwu barwików, ze specjalnem uwzględnieniem metod, przyjętych w niniejszej pracy. Dobra metoda oznaczania urobiliny musi spełniać, zdaniem autora, 4 warunki:

1) Powinna polegać na pomiarze fluorescencji.

2) Pomiar powinien się odbywać zawsze w tych samych warunkach; należy więc zastosować płyn porównawczy o znanej fluorenscencji i rozcieńczać płyn badany aż do osiągnięcia równej fluorescencji.

3) Należy zachować optymalne warunki składu, t. j. 50% alkoholu, 2.5% octanu cynku i określone stężenie jonów wodorowych.

4) Należy chronić próbę w czasie manipulacji przed światłem.

W dalszym ciągu omawia też autor stosowane przez się metody operacyjne oraz sposoby pobierania materjału.

W rozdziałach 4—8 omawia autor występowanie urobiliny w ustroju zdrowym. Barwik powstaje w jelitach, skąd wchłania

się do krwi i dostaje w ten sposób do narządów, moczu i żółci, gdzie jego obecność możemy wykazać. W narządach ulega urobilina rozpadowi względnie przebudowie, zwłaszcza odnosi się to w wysokim stopniu do wątroby. Brak jednak dowodów na poparcie twierdzenia, jakoby produktem przebudowy w wątrobie miała być bilirubina.

U noworodków znajdujemy urobilinę w wątrobie i w moczu. Ponieważ *meconium* nie zawiera urobiliny, autor przyjmuje, że w tym wypadku barwik ten nie pochodzi z jelita, lecz z krwi łożyskowej. Łożysko (wedle badań autora na psach) przepuszcza z łatwością urobilinę.

Wydalanie urobiliny w moczu nie przebiega jednostajnie. Autor obserwował niejednokrotnie różnice między kolejno oddanemi porcjami moczu, dochodzące do dwudziestokrotnej wysokości. Pewien wpływ przypisuje tu autor porze posiłków i ciepłocie ciała.

Rozdziały 9—15 poświęca autor omówieniu stanów patologicznych. Zawartość urobiliny w krwi i w moczu zależy od 3 czynników: przedewszystkiem od ilości urobiliny w jelicie, następnie od zdolności wątroby wychwytywania, oraz niszczenia tego barwika, a wreszcie od mniejszej lub większej przepuszczalności nerki dla urobiliny.

Urobilinemję i urobilinurję w przebiegu różnych zatruć odnosi autor do uszkodzenia sprawności komórek wątrobowych. Twierdzenie swe popiera doświadczeniami, z których wynika, że wątroba chora w przeciwieństwie do zdrowej nie obniża zawartości urobiliny w krwi, która przez nią przechodzi.

Ten sam mechanizm prowadzi do urobilinemji i wybitnej urobilinurji w przebiegu schorzeń wątroby, chorób zakaźnych oraz krwi. Autor stosował nawet oznaczanie zawartości urobiliny w krwi po dożylnem wprowadzeniu tego barwika jako czułą próbę funkcjonalną w badaniu wątroby.

J. Heller (Lwów).

Thérapeutique médicale. II. Aliments médicaments. 330 str. 21 ryc. Masson et Comp. Paris 1930. Cena 45 fr. fr.

Nauka o odżywianiu poczyniła w ostatnich latach duże postępy, zwłaszcza dział o doborowości białek oraz nauka o witaminach uzyskały wiele pięknych rozdziałów. W doświadczeniach nad witaminami zyskano nowe dowody na to, że odpowiednio zestawiona dieta zapobiega, względnie leczy niejedną chorobę i że zdolność przepisania odpowiedniego pożywienia jest poważną bronią lekarza w walce z chorobą. Przedmiotem referowanego dzieła jest właśnie omówienie roli pokarmów, jako środków leczniczych.

Poszczególne rozdziały zostały opracowane przez różnych autorów. W wykładzie wstępnym M. Loeper daje ogólny pogląd na zadanie odżywiania i rolę pokarmów; rysunki i tablice, przedstawiające skład chemiczny poszczególnych produktów objaśniają treść żywo pisanego artykułu. Nie zawsze jednak zgodzić się może referent z autorem np. zestawienie obok siebie, jako niedoborowych białek, sernika i żelatyny jest dla sernika bezwzględnie krzywdzącem; nieszczęśliwa pomyłka druku (str. 6. w. 3 od góry), podająca, że jednej kalorji odpowiada 25 kilogramometrów, zamiast czterysta dwadzieścia siedem, może w błąd wprowadzić lekarza, który przecież nie zawsze ma w pamięci podstawowe wiadomości z fizyki. W rozdziale następnym M. Labbé pisze o chlebie, omawia jego rodzaje, skład chemiczny oraz wskazania, kiedy i jakie rodzaje chleba można względnie należy choremu polecić. Niezmiernie zajmująco pisze o zomoterapji Ch. Richet; za szczególnie korzystne uważa autor żywienie chorych na gruźlicę sokiem, wyciśniętym z surowego mięsa; korzystne wyniki doświadczeń autora sa niestety ilustrowane jedynie wykresami, brak natomiast liczb, które po odpowiedniem przerachowaniu mogłyby dać obraz bardziej przekonywujący. R. Legendre omawia znaczenie ryb jako pożywienia. Diety mleczne opracował M. Renaud. Szczegółowo zarówno pod względem chemicznym jak i odnośnie do wskazań lekarskich, potraktowanym jest rozdział: O jaju w opracowaniu M. Debray i A. Boutroux. O znaczeniu odżywczem i leczniczem wina piszą M. Loeper i J. Alquier. I chociaż nikt nie zapoznaje znaczenia alkoholu wogóle, a wina w szczególności, jako broni, do której lekarz nieraz sięgnąć musi, jestem przekonany, że niewielu naszych lekarzy zgodziłoby się na konkluzję wykładu: „szklanka dobrego naturalnego wina nigdy nie zaszkodzi ani zdrowiu ani kieszeni“. Uważny czytelnik znajdzie uzasadnienie tego twierdzenia na str. 130: „Wino jest bogactwem Francji. Produkcja roczna winogron dosięga 60 miljonów kwintali, wartości sprzedażnej około dwóch miljardów franków francuskich“. Opierając się na podobnych przesłankach, musiałby nasz lekarz dojść do wniosku, że wypity codziennie kieliszek wódki nie przynosi nikomu szkody, a przecież takich lekarzy nie wielu u nas by się znalazło. Niemniej jednak artykuł jest pisany zajmująco i bezwzględnie wypełnia zadanie zachęty do picia wina, zwłaszcza francuskiego. Mam również wrażenie, że nie wszyscy pedjatrzy zgodziliby się na pogląd R. Lecoq'a (rozdział o piwie), że dla kobiet karmiących wskazanem jest używanie piwa. Rozdziały dalsze obejmują H. Labbé'go: „Jarzyny“ oraz H. Leclerc'a „Owoce“. W pięknym artykule o roli leczniczej cukru daje N. Fiessinger obraz fizjologicznego działania tego ciała na narządy trawienia, wątrobę oraz narządy wydalania i podnosi jego znaczenie jako źródła energji. O soli morskiej pisze M. Marchal. Ostatnie dwa rozdziały zajmują się krzywicą: M. Lesné omawia znaczenie tranu, a pani L. Randoin zestawia ostatnie zdobycze wiedzy z dziedziny naświetlanych pokarmów. Ogólnie biorąc książka jest pożyteczną, zwrócić może uwagę lekarza na wiele sposobów leczenia prostszych, tańszych i bezpieczniejszych, aniżeli leczenie lekami aptecznemi. Szczególnie byłoby jednak pożytecznem, gdyby w języku polskim ukazała się książka o podobnych zadaniach, jak dzieło referowane, lecz opracowana przez autorów polskich, którzy zastosowaliby swoją znajomość tutejszych warunków do opracowania tak ważnego praktycznie zagadnienia, jakiem jest rola pokarmów jako środków leczniczych.

W. Mozołowski (Lwów).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 25, z 21 czerwca 1931: Schrager: Kokaina i jej środki zastępcze w świetle struktury chemicznej i działania fizjologicznego (dok.). — Sprawy zawodowe.

Młoda matka, nr. 12, z r. 1931: J. Wiszniewski: Czy należy dążyć do opalania się dzieci na słońcu? — S. Popowski: O kąpielach powietrznych, słonecznych i wodnych. — S. Średnicka: O pielęgnowaniu głowy u dzieci w lecie. — T. Lewenfiszowa: Rabarbar. — J. Brzósko-Guderska: Na wycieczkę. — W. Pełczyńska: Mamusiu opowiedz bajeczkę.

Medycyna praktyczna, rok V, nr. 6, z r. 1931: L. Podkomorski: Bezoperacyjne leczenie żylaków metodą zastrzyków. — M. Stabrowski: Z Kliniki kiły wrodzonej (c. d.). — M. Peker: Jeszcze o środkach leczniczych stosowanych w dnie.

Wiadomości lekarskie, rok IV, nr. 6, z czerwca 1931: J. Szancenbach: Spostrzeżenia kliniczne nad zachowaniem się ciśnienia tętniczego podczas ciąży, porodu i połogu — H. Czapnicki: O swoistem i objawowem leczeniu zapalenia płuc. — St. Kunicki: Gruźlica a nadtarczyczność. — E. Elster: Statystyka w Kasach chorych.

Nowiny lekarskie, rok XLIII, nr. 12, z 15 czerwca 1931: Program IV Zjazdu ginekologów polskich w Krakowie w dniach 28, 29 i 30 czerwca 1931. — Z. Monsiorski: Z patologii miesiączkowania kobiet. — Bajoński: Przedwczesne odklejenie prawidłowo usadowionego łożyska. — M. Prochorow: O leczeniu polipów łożyskowych. — R. E. Matuszewski: Przyczynek do urazów pochwy. — Ryglewicz: Haematomata vulvae et vaginae traumatica. — A. Matzke: Mięśniaki i ciąża w oświetleniu materjału Uniwersyteckiej kliniki w Poznaniu.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 25, z 18 czerwca 1931: H. i L. Hirszfeldowie: Odporność ustrojów młodych (dok.). — M. Saidman: Metoda cholecystogastrostomji za pomocą protezy magnezjowej. — S. Edelman: O walorach leczniczych Truskawca i ważniejszych wskazaniach do stosowania wód jego i kąpieli. — J. Stein: Anatomja patologiczna gruźlicy w świetle nowych badań (Streszcz. pogl. c. d.). — J. Rutkowski: Zarys rozwoju chirurgji.

Wiadomości zdrojowe. Zdrojowisko Inowrocław, rok 4, nr. 1, z 6 czerwca 1931.

Przemysł chemiczny, nr. 12, z czerwca 1931: W. Świętosławski i H. Narkiewicz: Laboratoryjny poziomy piec obrotowy o działaniu ciągłem do suchej dystylacji węgla w niskich temperaturach. — E. Benesch i E. Erdheim: Kilka uwag do publikacji Dr. K. Küchlera (Jana) p. t. „Metoda szybkiego oznaczania wolnego kwasu solnego obok chlorku żelazowego i glinowego“. — M. Mączyński: Tayloryzacja laboratorjów chemicznych.

Zdrowie, rok XLVI, nr. 11—12, z 15 czerwca 1931: Chmielewski: Ś. p. Władysław Tołwiński. — Boromski: Rozbudowa szpitala zakaźnego im. Stanisława w Warszawie. — S. Adamowiczowa: Obecny stan prohibicji w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej. — B. Misjon: Masowe szczepienia przeciwdurowe metodą Besredki.

Medycyna, nr. 12, z 21 czerwca 1931: K. Rożkowski: Nowe prądy i hasła w lecznictwie. — J. Mossakowski: Leczenie ropnych nieswoistych zapaleń opłucnej. — T. Trawiński: O promienicy żołądka. — P. Demant: Wpływ pilokarpiny i ergotaminy na czynność nerki odnerwionej. — K. Neugebauer: Rys historyczny Szpitala ewangelickiego w Warszawie.

Położna, rok IV, nr. 6 i 7 z czerwca i lipca 1931: Fr. Schnek: Partactwo lecznicze, przyczyny szerzenia się, skutki i plany jego zwalczania. — J. Fischer: Akuszerki w świetle historji położnictwa.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse médicale.

Nr. 25. 1931.

Escher i Villequez: *Leczenie zimnicy dożylnemi zastrzykami chininy.* Autorowie omawiają różne metody i drogi stosowania chininy i w ciężkich przypadkach polecają wstrzykiwać chininę w stężonych roztworach dożylnie. Wstrzykują 0,40—0,50 g *chininum hydrochloricum* z uretanem w 10 cm³ wody, rozcieńczają ten roztwór nabierając do strzykawki najmniej 10 cm³ krwi, wstrzykując bardzo powoli 5—10 minut. Opierając się na dużem doświadczeniu twierdzą, że przy odpowiedniej technice nie należy się obawiać przypadłości, a wyniki lecznicze przy zastosowaniu odpowiedniej dawki dziennej i czasu leczenia są znacznie lepsze niż przy innych metodach. (Talamet doniósł na pos. Tow. lek. w Tuluzie o 4 wypadkach nagłej śmierci w czasie wstrzykiwania, jednorazowe dawki chininy były jednak wyższe od stosowanych przez autorów. Ref.).

Nr. 26. 1931.

E. Toulouse, L. Marchand i A. Courtois: *Wtórne zapalenia mózgu z przewagą zaburzeń psychicznych.* Do poprzednio opisanych pierwotnych zapaleń mózgu nieropnych z zaburzeniami głównie psychicznemi autorowie dołączają 8 obserwacyj wtórnych zapaleń o tym samym typie, zebranych w ciągu 3 lat. Ta rzadka postać zapalenia występuje w przebiegu lub po zejściu różnych chorób infekcyjnych (grypa, dur, gościec ostry, zakażenie dróg moczowych, zak. popołogowe). Autorowie podają objawy kliniczne i zmiany histo-patologiczne tych 8 przypadków. Objawy psychiczne występują szybko, w ciągu kilku godzin, mają charakter ostrego szału, sprawa chorobowa kończy się zwykle zejściem śmiertelnem w 4—22 dni. Zwykle brak objawów nerwowych lokalizacyjnych, płyn mózgowo-rdzeniowy nie wykazuje żadnych zmian i jest jałowy. Histologicznie stwierdzono zmiany w mózgu głównie w substancji korowej płatów czołowych i ciemieniowych oraz w substancji podkorowej. Zmiany te dotyczą głównie komórek nerwowych, które ulegają zanikowi i zwyrodnieniu, prócz tego stwierdza się nacieczenia okołonaczyniowe i zmiany w drobnych naczyniach. Nigdy nie wykazano drobnoustrojów w takich ogniskach. Autorowie przypuszczają, że te zapalenia są wywołane przez zarazek przesączalny albo jakąś toksynę, musi istnieć jednak pewna wrażliwość mózgu, za czem zdaje się przemawiać to, że u niektórych osobników z tej grupy istniały już przed wystąpieniem choroby różne zaburzenia mózgowe.

Skowroński (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

Nr. 37. 1930.

F. Rosenthal. *Osłabienie serca jako problem przemiany materji.* Pomiędzy czynnością serca a przemianą materji istnieje ścisły związek, każde zaburzenie czynności serca powoduje zaburzenie przemiany w tkankach. Zmienia się wówczas wymiana gazów między krwią a tkankami, zmienia się również równowaga jonów w sensie znaczniejszego zakwaszenia, równocześnie z tem następują zmiany w koloidach tkanek, wobec czego zaburzenia te stanowią jedną ściśle ze sobą związaną całość.

M. Reichardt. *O nerwowych następstwach wypadków.* (dok). Po dokładnem omówieniu wstrzasu nerwowego, organicznych następstw nieszczęśliwego wypadku oraz nerwic urazowych, wykazuje autor jak ważną jest rola lekarza badającego tuż po wypadku; zaleca ścisłą obserwację takich chorych, prognoza zaś jest zdaniem autora dobra, albowiem przypadki te leczą się dobrze.

R. Ehrmann. *Przyczynek do rozpoznawania i leczenia ostrej nekrozy trzustki.* Trudności rozpoznawcze tego schorzenia są duże, wzmożenie cukru we krwi, wzmożenie diastazy w moczu, zmiany w rentgenogramie, jak duży cień w miejscu położenia trzustki przy zdjęciu bez papki kontrastowej i inne dane wskazują na to cierpienie. Leczniczo okład lodowy na brzuch, ograniczenie pokarmów; zabieg operacyjny w czasie pierwszego wstrząsu niewskazany.

O. Klein. *Czas trwania resorbcji bąbli wytworzonych przez wstrzyknięcie fizjologicznego rozczynu soli kuchennej i izotonicznego rozczynu cukru gronowego; przyśpieszające działanie pituitryny.* Różnic wybitniejszych nie stwierdzono.

F. Fleischner. *Anomalje żeber jako źródło pomyłek diagnostycznych i fałszywych wskazań leczniczych.*

E. Loewy. *Leczenie pyodermji w wieku dziecięcym.* Cały szereg praktycznych wskazówek.

H. Cohen. *Wpływ diety ubogiej w sól na wydzielenie soku żołądkowego.* Przy podawaniu diety zawierającej $1^1/_2$ g soli przez dłuższy czas nie stwierdzono żadnego wpływu na wydzielanie soku żołądkowego.

P. Neuda. *Ważne klinicznie uszkodzenia porostu włosów przy angina pectoris i przy zakrzepach.* Autor przytacza 10 przypadków chorobowych z powyższemi zmianami.

G. Boehm. *Badanie rentgenologiczne przykurczeń mięśniowych;* nowa metoda powyższego badania.

G. Scherk. *Diagnostyczne trudności przy schorzeniach organów jamy brzusznej. Zwężenie dwunastnicy.* Opis przypadku.

G. Liebmann. *Leczenie bolesnego miesiączkowania.* Autor poleca mieszankę kardjazolu z dicodid'em.

M. Sonak. *Opthymin przy schorzeniach dróg oddechowych.*

M. Grüusfeld. *O nowych płaskich klemach dla diatermji.*

W. Engelhardt i K. Weber. *Zagadnienie dietetycznego leczenia chorób skórnych.* Do działania diety na sam proces chorobowy odnosi się autor bardzo sceptycznie, nie przeczy jednak, by taka metoda nie miała racji bytu; wymaga jednak całego szeregu doświadczeń.

Nr. 38. 1930.

P. Schmidt. *O posocznicy lymfatycznej i tromboflebitycznej.* Po przedstawieniu różnicy między septikemją i pyemją zwraca autor uwagę na cały szereg czynników ochronnych jakiemi dysponuje ustrój. Wyjaśnia cały szereg objawów dla tego schorzenia charakterystycznych. Wykazuje znaczną zapadalność zwłaszcza gdy następuje przeniesienie zarazka o wzmożonej zjadliwości. Drogi zakażenia to przedewszystkiem macica po porodzie, dalej migdałki, próchniczo zmienione zęby i i. Diagnostycznie ważnem jest badanie w każdym przypadku obrazu leukocytarnego krwi oraz wykonywanie posiewów.

H. Wildegans. *Badanie czynnościowe nerek w schorzeniach chirurgicznych.* W bardzo szczegółowym artykule zastanawia się autor nad wartością prób czynnościowych nerek i wykazuje, że wszystkie te próby pojedyńczo wskazujące na pewne tylko czynności mogą razem wzięte dawać ścisłe wskazówki zarówno co do wskazań operacyjnych jak i co do prognozy.

A. Hintze. *Droga planowego zwalczania raka.* Od spełnienia całego szeregu warunków zależnych w pewnej części od samego chorego jak i od lekarzy zależy zarówno zwalczanie tej choroby jak i wyniki leczenia.

R. Ehrmann: *Forma bezbólowa cholelithiasis podobna do malarji* na podstawie 2 spostrzeganych przypadków.

M. Cohn i Freye: *Niezwykłe odkładanie soli wapniowych w tkance łącznej.*

J. Jacobi: *Etjologja i symptomatologja zakrzepów v. mesentericae* na podstawie 2 spostrzeganych przypadków.

E. Vajda: *Uszkodzenie wątroby przy zatruciu atofanem* po bezkrytycznem podawaniu tego leku.

A. Boss: *Wrodzone anomalje dróg moczowych i ich stosunek do chronicznych zapaleń dróg moczowych.*

H. Kundlich: *Porównawcze badania nad odczynem Wassermanna, Müllera i Meinickego.*

H. Hartoch: *Gelonida antineuralgica.*

Eblinger: *Kamillosept w chorobach narządu moczowego.*

E. Brinkmann: *Nowości z zakresu gruźlicy.* Referat.

J. Fenczyn (Kraków).

Nr. 39. — 1931.

C. v. Noorden: *Leczenie zaparcia stolca.* Omawia zrosty, rozróżnienie spastycznej i atonicznej formy, wpływ diety, psychoterapji, masażu i leków farmakologicznych.

F. Blumenthal: *Leczenie gruźlicy skóry ze szczególnem uwzględnieniem leczenia dietetycznego.* Ze względów społeczno-ekonomicznych należy łączyć dziś leczenie dietetyczne z ogólnemi naświetlaniami, co daje bardzo dobre rezultaty. Dzięki diecie Gersona niema dziś zupełnie beznadziejnych przypadków gruźlicy skóry.

T. Brugsch: *Allergiczne schorzenia jelit.* Eozynofilja we krwi i miejscowa (w śluzie kału) rzucają podejrzenia na chorobę allergiczną. W każdym podejrzanym o to przypadku należy zabronić surowych lub półsurowych środków spożywczych.

I. Snapper: *Różnica między chorobą Recklinghausena i Pageta.* Obie te choroby nie powinny być łączone w jedną grupę jako *ostitis fibrosa,* gdyż przy chorobie Pageta brak objawów ze strony gruczołów przytarczycznych, brak zwiększenia ilości wapnia we krwi, brak zwiększonego wydzielania soli wapniowych z moczem, brak zmniejszenia ilości fosforu we krwi i brak wpływu leczniczego przez operację gruczołów przytarczycznych — a wszystkie te objawy znajdujemy właśnie w chorobie Recklinghausena.

H. Straus: *Znaczenie czynnika miejscowego w skazie moczowej i wapniowej.*

D. Adlersberg i O. Porges: *O losie chorych na chorobę Basedowa a leczonych ergotaminą.* Skuteczność gynergenu podawanego doustnie w ilości 3—12 tabletek dziennie (3—12 mg).

A. Decastello: *Leczenie niedokrwistości złośliwej ventraemon'em.* Zupełnie dobre wyniki w 8 przypadkach; wzbogacenie lecznictwa i patogenezy niedokrwistości przez wprowadzenie tego wyciągu żołądka.

E. Leschke: *Leczenie żołądkiem opornych na wątrobę przypadków niedokrwistości złośliwej.* Dawka minimalna 30 g *pro die (Mucotrat, Ventriculin)* przy podawaniu mało gotowanego mięsa i dużych dawek kwasu solnego z pepsyną.

F. Reiche: *Przyczynek do znajomości choroby Simmond'a.* Opis przypadku *cachexia hypophysearis* w którym uderza późny wiek chorej (65 lat), długotrwałość cierpienia, brak eozynofilji, brak obniżenia temperatury i zmniejszonego opadania krwinek czerwonych, normalny poziom cukru, ciężkie utraty przytomności.

G. Scherk: *Kamica żółciowa i zespół zw. ileus.* Opis przypadku trudnego.

H. W. Crohn: *Ciężki przypadek nadwrażliwości* na fenacetynę.

A. Wolff-Eisner: *Padaczka po zimnicy.* Dział ubezpieczeń.

Hartlieb: *Nowsze metody narkozy.* Referat.

H. Powązka (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z posiedzenia naukowego z dnia 18 marca 1931 r.

Przewodniczący: Prof. Walter.

Protokół z posiedzenia naukowego z dnia 11 marca 1931 odczytano.

W sprawie protokółu zabiera głos kol. Lindenfeld w związku z przypadkiem demonstrowanym przez kol. Dziubę (Przypadek kamicy nerkowej powikłany mocznicą). Ponieważ w wyżej przytoczonym przypadku przyszło do *amaurosis* w przebiegu mocznicy kol. Lindenfeld uważa, że należało tutaj, z punktu widzenia urologji, przystąpić do cewnikowania moczowodów, ewentualnie zabiegu operacyjnego. Wspomina o 2-ch podobnych przypadkach na Klinice chirurgicznej Prof. Glatzla, z których jeden był leczony zapomocą cewnikowania moczowodów, w drugim dokonano zabiegu operacyjnego i opisuje technikę zabiegu i przebieg pooperacyjny. Jako pendant do omawianych przypadków, a jednocześnie na dowód, jak daleko mogą być posunięte zmiany anatomiczne przy stosunkowo nieznacznych objawach klinicznych, demonstruje preparat nerki usuniętej z powodu roponercza. Protokół przyjęto.

Kol. Prof. Szumowski, Prezes Krakowskiego Towarzystwa miłośników historji medycyny, przedstawił sprawozdanie z prac około restauracji pomników z dziejów medycyny krakowskiej między innemi odnowienie pomnika Sebastjana Petrycego, zasłużonego lekarza i filozofa polskiego z XVII wieku. Pomnik ten znajduje się w kruchcie kościoła O. O. Franciszkanów w Krakowie, (przeźrocza). Brak środków materjalnych stanowi jedną z głównych przeszkód, ażeby prace już rozpoczęte nad odnowieniem innych pomników można było kontynuować, przeto nawołuje do zapisywania się na członków do Krakowskiego Towarzystwa miłośników historji medycyny.

Kol. Doc. Szymanowicz, nawiązując do demonstrowanego na jednym z poprzednich posiedzeń przypadku zarośnięcia jamy macicy po *abrasio uteri* w kilkanaście dni po porodzie, omawia technikę zabiegu plastycznego przy zarośnięciu jamy macicy. (Pol. Gaz. Lek. Nr. 23, 1931).

Kol. Prof. Zubrzycki (autoreferat) omawia podany przez siebie zabieg plastyczny w roku 1928, którego celem jest *stworzenie światła w wypadkach zarośnięć tak szyjki jak i trzonu macicy.* Zabieg ten polega na wszczepieniu jajowodu w kanał wytworzony w macicy od jej strony tylnej. Dostęp od strony powłok brzusznych. Jajowód należy przeszczepiać z troskliwym zachowaniem naczyń, a część wszczepioną jajowodu najlepiej domaciczną, zaszyć na głucho w ranie macicy. W ten sposób stworzone połączenie między światłem drugiego jajowodu i pochwą umożliwia nietylko miesiączkowanie na skutek odnowy, przynajmniej częściowej, śluzówki trzonu z wysp nabłonkowych, znajdujących się jeszcze w ścianie macicy, lecz może nawet umożliwić zajście w ciążę. W dwa lata po Zubrzyckim, a więc w roku 1930 podał Strasmann podobny zabieg oparty na tej samej zasadzie co zabieg podany przez Zubrzyckiego, różniący się tylko cośkolwiek od niego technicznemi momentami. Strasmann bowiem stwarza sobie dostęp od strony pochwy i wszczepia jajowód przez przednią ścianę macicy. Zubrzycki uważa, że droga przez powłoki brzuszne umożliwia dokładniejszy wgląd w stosunki anatomiczne, co w zabiegach plastycznych takich, jak opisany, ma doniosłe znaczenie, a wszczepienie jajowodu od tylnej ściany macicy jest o tyle praktyczniejsze, że w wypadkach zarośnięć, schodzących nisko, unika się oddzielenia pęcherza moczowego.

Kol. Doc. Szymanowicz stwierdza iż w danym przypadku przyszło do całkowitego zarośnięcia macicy, jak również brak było jakichkolwiek grupek gruczołowych, miesiączkowanie odnosi do funkcji błony śluzowej jajowodu, przyczem powołuje się na przypadek miesiączkowania z jajowodu w przypadku, gdzie usunięto macicę z powodu mięśniaka macicy.

Kol. Prof. Zubrzycki w odpowiedzi kol. Szymanowiczowi zaznacza, że pamięta przypadek miesiączkowania rzekomego przez jajowód wspomniany przez niego; lecz poddaje w wątpliwość jego znaczenie dowodowe. Były w niem bowiem pewne nawet duże niejasności. Wreszcie zaznacza, że zdaniem jego o ile chora kol. Szymanowicza miała miesiączki długotrwałe i obfite to samo przemawia, że miesiączkowała z odnowionej śluzówki trzonu, a nie ze śluzówki wszczepionego jajowodu, która zdaniem jego mogła co najwyżej być źródłem nieznacznej wydzieliny słabo krwawo podbarwionej. Przeciwko miesiączkowaniu jajowodu przemawia cały szereg nowoczesnych badań, przeprowadzonych w kierunku zachowania się narządów rodnych pod wpływem tych bodźców normalnych, które powodują miesiączkę. — Nie znając jednak dokładnie przypadku nie może stwierdzić jakie było źródło krwawienia.

Kol. Doc. Oszacki wygłasza odczyt p. t.: *Tlen we krwi przy nowotworach* (cz. II), (rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji zabierają głos: Kol. Doc. Kaulbersz, Kol. Kowarczyk, Kol. Biernaciński.

Kol. Wachtel (autoreferat). Zjawisko obserwowane przez prelegenta może znaleźć wytłumaczenie w odrębności budowy i inerwacji naczyń włosowatych nowotworów. O ile normalnie w ustroju krew żylna jest wyraźnie odseparowana od krwi tętniczej systemem naczyń włosowatych, to w nowotworze ten rozdział nie będzie tak ostry. Już choćby skutkiem odrębnych warunków inerwacji naczyń włosowatych, krew tętnicza będzie się mieszać z żylną i tem samem w krwi żylnej będzie więcej tlenu, niż po stronie zdrowej, gdzie rozdział obu krwi jest nieuszkodzony. Podobne zjawisko powinno wystąpić też przy schorzeniach jednostronnych systemu naczyń włosowatych kończyn. W tym kierunku potrzebne są dalsze badania. Fakt, iż w krwi żylnej, wypływającej z nowotworu jest więcej tlenu niż po stronie zdrowej ma znaczenie praktyczne o tyle, że niweczy przesłanki teoretyczne metody leczenia raka zapomocą wdechiwania tlenu, podaną przez Fischer-Waseisa. Hipoteza, że da się usunąć raka doprowadzając do tkanki tlen, który spalałby wytwarzający się kwas mlekowy upada wobec tego, że, jak badania prelegenta wykazały, krew rakowa ma tlenu w nadmiarze a organizm nie potrafi go odpowiednio w kierunku leczniczego spalania odpadków przemiany materji zużyć.

W dalszym ciągu zabierali głos Kol. Pelczar, Kol. Kraszewski, Kol. Doc. Brzezicki, Kol. Doc. Oszacki.

Sekretarz: *W. Roman.*

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

X posiedzenie naukowe z dnia 27 marca 1931.

Przewodniczący: Kol. J. Marischler.

1. Odczytanie protokołu z ostatniego posiedzenia.

2. Wyświetlenie filmu o nowokainie i znieczuleniu miejscowem nowokainą.

3. Kol. Zalewski przedstawia: a) *Przypadek bliznowatego zwężenia tchawicy wyleczony zapomocą zabiegu operacyjnego.* Chora, lat 23, zgłosiła się do kliniki w październiku ub. r. i podała w wywiadach, że od dzieciństwa źle oddechała nosem i cierpiała na zasychanie wydzieliny w nosie i gardle. Przed 10 laty wystąpiła chrypka i duszność z powodu utrudnionego oddechania przez krtań, tak silna, że na Oddziale Chirurgicznym we Lwowie wykonano tracheotomję, poczem otrzymała kilka seryj naświetlań promieniami Roentgena. Przy badaniu stwierdzono w nosie bliznę na dnie nosa po stronie lewej oraz zrost bliznowaty pomiędzy muszlą dolną a przegrodą nosową po stronie prawej. Lekkie zasychanie wydzieliny w nosie i w gardle. Przy badaniu lusterkiem krtaniowem stwierdzono poniżej głośni poprzeczną bliznę, zasłaniającą światło tchawicy, ale znajdującą się powyżej rurki tracheotomijnej. Przy zatkaniu rurki występował bardzo silny *stridor*. Oglądając krtań bezpośrednio zapomocą tracheoskopu Brüningsa stwierdzono, że blizna poprzeczna przebiega ponad rurką tracheotomijną i dzieli światło tchawicy na dwa otwory, przedni mniejszy i tylny większy. Badania w kierunku twardzieli bakterjologiczne i serologiczne dały wynik ujemny, jednakże ze względu na charakter blizn i wywiady przyjęto, że prawdopodobnie w tym przypadku miało się do czynienia z procesem twardzielowym, trwającym kilkanaście lat, w postaci nacieków twardzielowych w nosie i krtani, które spowodowały utrudnione oddechanie przez nos a zwłaszcza przez krtań, tak znaczne, że musiano wykonać tracheotomję. Pod wpływem kilku seryj naświetlań promieniami Roentgena nacieki uległy zbliznowaceniu, a proces twardzielowy uległ wygojeniu.

W *laryngoscopia directa* aparatem Jacksona Chevalier wycięto bliznę zapomocą sztancy, następnie dwukrotnie założono rozszerzacz Tosta: Nr. 5 na 9 dni i Nr. 6 na 7 dni. Dwukrotnie wykonana tracheoskopja wykazała światło tchawicy szerokie, w miejscu dawnej blizny jedynie płaskie zgrubienia. Po 5 miesiącach wobec zupełnie swobodnego oddechu przy zatkanej rurce i utrzymywania się poprzednio stwierdzonej poprawy wykonano dekanjulację a otwór tracheotomijny plastycznie zeszyto. Obecnie chora oddecha swobodnie, głos ma czysty i swobodny.

b) *Przypadek wydobycia obcego ciała (spinki od kołnierzyka z lewego oskrzela).* Mężczyzna, lat 29, przed 8 laty aspirował do lewego oskrzela spinkę od kołnierzyka. Spinka, przebywając przez ten długi czas w oskrzelu, o czem chory zupełnie nie wiedział, doprowadziła do wytworzenia się roztrzeni oskrzelowych po stronie lewej płuc. Przypadkowo wykrył obecność spinki w oskrzelu rentgenolog, który przed paru tygodniami przedstawił zdjęcia rentgenologiczne tego przypadku; wykazały one obecność spinki od kołnierzyka w lewem oskrzelu, w miejscu dzielenia się go na oskrzela drugorzędne. W znieczuleniu kokainowo-morfinowem wykonano górną bronchoskopję, ułożywszy chorego leżąco na brzuchu. Po wprowadzeniu rury Nr. 2 Brüningsa wraz z odpowiedniem przedłużeniem do lewego oskrzela, stwierdzono jego zwężenie ponad obcem ciałem, utworzone przez ziarninę i jakby łącznotkankową błonę okrężną, tak, że pozostawał tylko bardzo wąski otwór, o średnicy około 2 mm, w którym widać było czarną, twardą, masę obcego ciała. Ogromne ilości ropnej wydzieliny, wylewającej się z głębi oskrzela, zalewały do tego stopnia pole operacyjne, że zabieg musiano przerwać, ograniczając się jedynie do rozerwania błony zwężającej światło oskrzela zapomocą rozwarcia wprowadzonych do otworu szczypczyków.

Po kilku dniach wykonano w tem samem znieczuleniu ponownie górną bronchoskopję, tym razem w porze wieczornej, ponieważ, jak chory podał o tej porze zwykle nie odksztuszał już wydzieliny z oskrzeli. Po wprowadzeniu tej samej rury oraz przedłużenia stwierdzono poprzednie zwężenie znacznie rozszerzone i widoczną w niem czarną masę podstawy spinki. Tym razem ropna wydzielina znajdowała się tylko w skąpej ilości. Zapomocą tępych szczypczyków Brüningsa uchwycono brzeg podstawy, co natrafiało na trudności z powodu częściowego oddzielania się i odpryskiwania łusek rdzy, pokrywającej spinkę. Wreszcie po silniejszem uchwyceniu wydobyto spinkę za rurą, przyczem w jamie ustnej znowu wyśliznęła się ze szczypczyków, jednakże chory wypluł ją na tackę. Oba zabiegi chory zniósł zupełnie dobrze, bez żadnej reakcji ani podwyżki ciepłoty. Obecnie ma się znacznie lepiej, odpluwa mniej wydzieliny, nie gorączkuje.

W literaturze opisanych jest 15 przypadków wydobycia spinki od kołnierzyka z oskrzela, przyczem 2 z nich zakończyły się śmiertelnie (przypadek Hinsberga i Hofmeistera). Niektóre z tych spinek przebywały latami całemi w oskrzelu bez wiedzy chorego, nie wywołując przytem początkowo poważniejszych zmian n. p. czas przebywania spinki w oskrzelu w przypadku Jacksona wynosił 26 lat, Arcelina 9 lat, Eickena 8 lat. W przypadku przedstawionym czas przebywania spinki wynosił 8 lat. Świadczy to o stosunkowo małej jadowitości bakteryj wprowadzonych wraz ze spinką do oskrzela.

W dyskusji w związku z przypadkiem pierwszym Kol. Gąsiorowski donosi, że niedawno był wraz z Kol. Zalewskim, Kędzierskim, Szumowskim i Mikulaszkiem w Zborowie, którego okolice jak wiadomo są ogniskiem twardzieli. Na 97 osób zbadanych klinicznie i bakterjologicznie w kierunku twardzieli u 6, o których nikt nie wiedział stwierdzono serologicznie i w hodowli pałeczki twardzieli. Z pośród tych sześciu u trzech stwierdzono klinicznie tylko *rhinitis atrophicans*, a u pozostałych żadnych wogóle zmian klinicznie nie znaleziono. Wynik tego badania wykazuje, że już w tym okresie, w którym jeszcze niema żadnych zmian klinicznych stwierdzić można pałeczki twardzieli, a odczyny serologiczne w kierunku twardzieli wypadają dodatnio, co ma ogromne znaczenie epidemjologiczne.

4. Kol. K. Szumowski przedstawia: *Przypadek wydobycia obcego ciała (otwartej agrafki) z dolnej części przełyku u 3-tygodniowego oseska.* Osesek płci męskiej, w 18-tym dniu swego życia połknął agrafkę otwartą, z miękkiego drutu, odłamaną od broszki, którą włożyła mu do ust dwuletnia siostrzyczka, chcąc go uciszyć, ponieważ płakał. Matka, spostrzegłszy to, chciała wyjąć mu z ust agrafkę, lecz dziecko „zawinęło języczkiem" i połknęło ją. Na drugi dzień rano matka wraz z dzieckiem przyjechała do Lwowa.

Prześwietlenie rentgenowskie wykonane w Szpitaliku św. Zofji wykazało agrafkę powyżej *jugulum* ostrzem zwróconą ku górze. Po kilku godzinach ponowne prześwietlenie wykazało obniżenie się ciała obcego na wysokość przepony. Zdjęcie rentgenowskie wykonane po kilku dniach wykazało agrafkę otwartą, tkwiącą w dolnej części przełyku tuż ponad przeponą, ostrzem zwróconą ku górze w stronę dolnej granicy serca. Poza tem dziecko było spokojne, oddychało normalnie, jednakże ssało gorzej, jak przed połknięciem agrafki. Ciepłota w pierwszych dniach dochodziła do 38°, później nieco opadła. Dziecko w ostatnich dniach straciło na wadze, wyraźnie schudło, zresztą narządy wewnętrzne bez zmian.

22 lipca 1930 przyniesiono dziecko, mające już 23 dni wieku na Klinikę Otolaryngologiczną U. J. K., gdzie prelegent przystąpił do wydobycia ciała obcego, zapomocą ezofagoskopji. Zabieg wykonano bez narkozy ani znieczulenia miejscowego. Po ułożeniu dziecka na stole w pozycji leżącej na plecach z głową zwieszoną ku dołowi, wprowadzono do przełyku ezofagoskop Brüningsa, posługując się rurą Nr. 5, t. j. rurą najcieńszą. W celu przedłużenia rury, która okazała się za krótką, wprowadzono do rury przedłużenie na głębokość około 15 cm. Na tej głębokości zauważono główkę agrafki z żółtego miękkiego drutu pomiędzy fałdami rozpulchnionej i nieco obrzękłej błony śluzowej przełyku. W tej chwili z powodu ucisku na tchawicę dziecko przestało oddychać, przyczem wystąpiła sinica. Natychmiast rurę wraz z przedłużeniem wydobyto, zastosowano sztuczne oddechanie, oraz zastrzyk podskórny 1 cm^3 lobeliny, poczem sinica ustąpiła, a dziecko zaczęło znowu oddychać swobodnie. Po chwili wprowadzono znowu ezofagoskop, następnie przedłużenie i po zobaczeniu agrafki starano się odszukać jej ostry koniec, by uchwyciwszy go, wprowadzić go do rury, zostawiając tępy koniec wraz z główką na zewnątrz rury i w ten sposób wraz z rurą wydobyć go z przełyku. Jednakże okazało się, że ostry koniec agrafki był wbity w ścianę przełyku i że z tego powodu nie można było go odszukać. W tej chwili ponownie wystąpiła asfiksja i sinica dziecka. Po natychmiastowem wyciągnięciu rury ezofagoskopu, ponownem zastosowaniu sztucznego oddychania, zastrzyku podskórnym 1 cm^3 koraminy, dziecko znowu przyszło do siebie. Po przerwie $^1/_2$-godzinnej po raz trzeci wprowadzono ezofagoskop do przełyku aż do agrafki, jednakże również z wynikiem ujemnym. Z powodu ponownej duszności i sinicy oraz ogólnego osłabienia dziecka zdecydowano się na przerwanie zabiegu na kilka dni, w czasie których dziecko oddychało swobodnie, ssało dość dobrze a ciepłotę miało w granicach normalnych.

Po 3 dniach t. j. w 26-tym dniu życia oseska, przystąpił prelegent ponownie do wykonania zabiegu w tej samej pozycji i posługując się tą samą rurą. Tym razem dziecko, widocznie przyzwyczaiwszy się, zniosło zabieg doskonale. Po wprowadzeniu

rury Nr. 5 a następnie przedłużenia na głębokość około 15 cm, zobaczono tępy koniec agrafki, poczem przedłużenie wprowadzono nieco niżej aż do zgięcia agrafki, uchwycono zapomocą ostrych szczypczyków Brüningsa główkę agrafki i spróbowano, czyby nie udało się przy równoczesnem lekkiem pociągnięciu przedłużenia w ten sposób wciągnąć agrafkę do rury. Myśl okazała się trafną. Agrafka z miękkiego drutu bez żadnego oporu i zupełnie lekko dała się wciągnąć do rury, poczem już bez żadnej trudności wydobyto agrafkę rozwartą na zewnątrz. Dziecko po zabiegu miało się zupełnie dobrze, ciepłotę miało prawidłową, ssało lepiej jak poprzednio. Po kilku dniach odjechało do domu, a obecne wiadomości o niem są takie, że żyje i chowa się prawidłowo.

Przypadek przedstawiany ciekawy jest ze względu na trudności nasuwające się przy wydobywaniu otwartej agrafki zwróconej ostrzem ku górze, oraz ze względu na wiek oseska.

Problem nasuwający się do rozwiązania w przypadkach takiego ciała obcego polega albo na zamknięciu otwartej agrafki i następowem łatwem już wydobyciu jej, albo na zmianie jej niekorzystnego położenia ostrzem ku górze na korzystniejsze ostrzem ku dołowi. W celu zamknięcia agrafki istnieje cały szereg specjalnych przyrządów, podanych przez różnych autorów, jak Schlemmera, Chevalier Jacksona, Struyckena, Eyckena, Hubbardta, Coolidgea, Moshera i innych, jednakże w danym przypadku nie można było zastosować takiego przyrządu, ponieważ prelegent nie miał go do dyspozycji, z drugiej zaś strony posługiwanie się nim w przedstawianym przypadku byłoby bardzo trudne ze względu na bardzo małą średnicę zastosowanego przedłużenia rury Nr. 5, bo wynoszącą zaledwie 5 mm. W celu zmiany położenia agrafki niekorzystnego na korzystniejsze podał Jackson Chevalier sposób, polegający na uchwyceniu specjalnym chwytnikiem dolnego zgięcia (kolanka) agrafki, sprowadzeniu jej do żołądka i tam w szerokiej przestrzeni żołądka obróceniu jej o 180° kolankiem ku górze, poczem wydobycie już jest łatwe. Gdyby w przedstawionym przypadku sposób jej wydobycia, polegający na rozwarciu agrafki i wciągnięciu jej do prawie unieruchomionej rury, natrafił na jakieś trudności, pozostawałaby zawsze jeszcze możność zastosowania metody wyżej opisanej.

W literaturze znajduje się kilka przypadków wydobycia otwartej agrafki z przełyku u dzieci jak np. przypadki opisane przez Laskiewicza, Claoué i Jacksona, jednakże tyczyły się one dzieci starszych w wieku od 8 do 14 miesięcy.

W dyskusji: Kol. T. Ostrowski podnosi, że sposób jakim się posłużył Kol. Szumowski był niebezpieczny i ryzykowny, gdyż ostry koniec agrafki zakreślił łuk przy wydobywaniu i mógł skaleczyć ścianę przełyku.

Kol. Zalewski wyjaśnia, że wydobycie ciała obcego z przełyku w przypadku przedstawionym przez kol. Szumowskiego odbyło się w okresie wakacyjnym podczas zamknięcia Kliniki, tak że miał on do pokonania znacznie większe trudności z powodu braku odpowiedniej asysty.

Kol. Aleksiewicz wspomina o przedstawionym swego czasu przez siebie przypadku połkniętej dostawki zębowej, która utkwiła w przełyku, a której nie można było usunąć drogą ezofagoskopji z powodu wyraźnego tętnienia aorty przy tejże próbie. Mówca usunął dostawkę przez żołądek po obrocie.

Kol. Dobrzański wyjaśnia w odpowiedzi Kol. Aleksiewiczowi, że tętnienie widoczne jest prawidłowo w każdym przypadku w czasie ezofagoskopji, które jest udzielone od tętnicy głównej sąsiadującej w swoim przebiegu z przełykiem. Z tem każdy ezofagoskopujący musi się oswoić. Uważa ezofagoskopję za jedyną pewną metodę wydobywania ciał obcych z przełyku we wszystkich przypadkach jako prowadzącą najszybciej do celu i dającą najmniejszą śmiertelność, nawet w przypadkach powikłanych. Dowodzi tego zestawienie przypadków ciał obcych przełyku leczonych w klinice otolaryngologicznej lwowskiej, z którego wynika, że na 110 przypadków ciał obcych z przełyku było tylko 5% śmiertelności. A wchodzą tu w grę ciała obce różnego rodzaju (ostre odłamki kostne, protezy zębowe, guziki, monety, pluskiewki i t. p.). Rzecz oczywista, że wydobywanie ciała obcego z przełyku wymaga od operatora wprawy w wykonaniu endoskopji do czego laryngolog przez wyszkolenie w badaniu jam głęboko położonych jest przywyczajony.

Kol. Szumowski w odpowiedzi Kol. T. Ostrowskiemu przyznaje, że wydobycie otwartej agrafki z przełyku w sposób przedstawiony było do pewnego stopnia ryzykiem, ale ryzyko to się powiodło. Ewentualne sprowadzenie agrafki do żołądka w celu jej obrotu mogło się nie udać z braku odpowiedniego chwytnika, i byłoby jeszcze większem ryzykiem. Łuk ku dołowi, jaki zatoczył ostry koniec agrafki, został zmniejszony przez równoczesne pociągnięcie rury ezofagoskopu ku górze, tak, że uraz, jaki mógł ostry koniec agrafki spowodować, mógł być tylko nieznaczny. Najlepszym tego dowodem jest bardzo pomyślny stan dziecka zarówno bezpośrednio po zabiegu, jak również późniejszy i obecny.

5. Kol. Hilarowicz przedstawia dwa przypadki *operowane z powodu kamicy żółciowej* u których wykonano dwie odmienne operacje na drogach żółciowych, a mianowicie w jednym prz. choledochoduodenostomję zewnętrzną czyli naddwunastnicową, w drugim wewnętrzną czyli przezdwunastnicową *(choledochoduodenostomia transduodenalis).* Wskazaniem do pierwszej była niedrożność przewodu żółciowego wspólnego w obrębie głowy trzustki na tle zmian zapalnych, wobec czego połączono przewód z dwunastnicą ponad zwężeniem. W drugim przypadku przyczyną niedrożności był kamień zaklinowany bardzo silnie w samej brodawce Vatera, który usunięto przez otwarcie przewodu żółciowego nad kamieniem też ponad brodawką po uprzedniem otwarciu dwunastnicy. W obydwu przypadkach wyleczenie w jednakowym krótkim czasie bez drenowania. Mówca omawia zalety każdej z metod, których nie uważa za metody konkurencyjne, lecz za równorzędne o specjalnych wskazaniach, przy których zachowaniu oddają znakomite usługi.

W dyskusji Kol. T. Ostrowski zaznacza na podstawie około 300 operacyj dróg żółciowych, z pośród których w 15 zmuszony był wykonać choledochoduodenoanastomozę, że jest raczej zwolennikiem choledochoduodenoanastomozy zewnętrznej.

6. Kol. Lewiński wygłasza wykład p. t.: *Postępy w chemiczno-klinicznej analizie krwi.*

Na wstępie prelegent schematycznie przedstawił kolorymetryczne metody oznaczania cukru, kwasu moczowego i azotu niebiałkowego we krwi. Część wspólną we wspomnianych metodach stanowi odbiałczanie krwi po uprzedniem jej zhemolizowaniu (Folin-Wu). Podczas hemolizy zachodzi zupełne zniszczenie krwinek, przyczem zostają uwolnione składniki żywej substancji komórki; owe składniki, chemicznie niezdefinjowane, są źródłem licznych błędów.

Przy oznaczaniu kwasu moczowego, metoda Folina-Denisa, która opiera się na powstawaniu niebieskiego zabarwienia, jakie daje odczynnik fosforo-wolframowy z roztworem kwasu moczowego, owe uwolnione z krwinek składniki wpływają na natężenie barwy, co prowadzi do błędów, wahających się od 20—40%.

Przy oznaczaniu azotu niebiałkowego uwolnione z krwinek ciała azotowe, przyczyniają się do uzyskania wartości wyższych niżli rzeczywiste. Jak wiadomo, suma znanych składników azotowych niebiałkowych krwi wyrażona w azocie jest niższa o 30% od całkowitego azotu niebiałkowego oznaczonego globalnie.

W analizie cukru zostają wyzwolone z krwinek ciała o własnościach redukujących jak glutation i tioneina, które powodują zwiększenie wartości o 10—15 mg %.

Dla uniknięcia wymienionych błędów zaproponował Folin nowy sposób odbiałczania, w którym punkt wyjścia stanowi krew niehemolizowana. Zapobiega się hemolizie przez zastosowanie hipertonicznego, w stosunku do krwinek, roztworu siarczanu sodowego.

Wreszcie mówca omawia nowe, zaproponowane przez Folina (1930) mikrometody, które pozwalają oznaczyć cukier, kwas moczowy i azot niebiałkowy w 0,1 cm^3 krwi.

(Wykład w całości zostanie ogłoszony w Wiadomościach Lekarskich 1931).

A. Falkiewicz, sekretarz doroczny.

Łódzkie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia z dnia 18 marca 1931.

1. Kol. Justman przedstawił chorego Sz. G., lat 27, który zgłosił się doń 18 marca 1931 r. i podał, co następuje: od 8-miu tygodni skręca mu głowę w prawo, we śnie to skręcanie go omija. Wystąpiło to w 4—5 dni po gorącej kąpieli. Przedtem był zawsze zdrów, pali niewiele, pije — w soboty niewiele, chorób wenerycznych nie przechodził. Żonaty 10 miesięcy, żona w V-ym mies. ciąży. Rodzice i rodzeństwo zdrowi. Badanie przedmiotowe. W narządach wewnętrznych zmian widocznych brak. Nerwy czaszkowe, ruchy gałek ocznych sprawne, oczopląsu brak. Źrenice dość szerokie, oddziałują na światło i zbieżność sprawnie. Mięsień mostkowo-obojczykowo-sutkowy lewy oraz głębokie mięśnie szyjne lewe przerosłe i wykazują wzmożone napięcie. Podczas zbierania wywiadów oraz badania co pewien czas głowa mimowoli skręca się powolnym ruchem w prawo, przytem występuje mocny skurcz toniczny przerosłych mięśni, poczem chory z pewnym trudem przywraca twarz do pozycji normalnej. Napięcie mięśni kończyn górnych wyraźnie obniżone, na co wskazuje zupełny brak oporu przy ruchach biernych. Natomiast mięśnie

ścianki brzusznej i kończyn dolnych wykazują wzmożone napięcie: brzuch lekko wciągnięty, palpacja utrudniona, ruchy bierne kończyn dolnych napotykają dość duży opór. Odruchy śluzówkowe zachowane, ścięgnowe i okostnowe kończyn górnych dość żywe, brzuszne średnie słabe obustronnie, innych brzusznych brak, nosidłowe niewydatne, podeszwowe żywe, objawu Babińskiego wzgl. Rossolimo brak. Odruchy kolanowe wzmożone, Achillesowe żywe. Brak zmian czucia zarówno powierzchownego, jak i głębokiego. Próby palec — nos i pięta — kolano sprawne. Objawu Romberga brak. Chód normalny. Mowa normalna. Psyche normalna. W przypadku wyżej opisanym wyłączyć można wszelkie postacie *Torticollis:* 1) wrodzoną — na zasadzie wywiadów, 2) gośćcową — wobec zupełnego braku bólów zarówno w wywiadach jak i przy palpacji przerosłych mięśni, 3) pochodzenia usznego — wobec braku jakiegokolwiek cierpienia usznego i 4) zawodową (chory jest kupcem). Wyłączyć również można *Tic convulsif,* który daje skurcze szybkie, szybko przemijające i częste. Natomiast cały zespół pozwala rozpoznać cierpienie układu pozapiramidowego, któremu różni autorzy (Ziehen, Oppenheim, Bernstein) dawali mniej lub więcej udatne nazwy, a które najwłaściwiej jest nazwać zgodnie z Flatauem i Sterlingiem postępującym skurczem skręcającym. (Autoreferat).

2. Kol. Keilson wygłosił odczyt pod tytułem: *„O indywidualizacji rentgenologicznego badania serca"*.

Po omówieniu dotychczasowych sposobów mierzenia serca prelegent podaje projekt mierzenia objętości komór serca w stosunku do objętości tułowia. Ten t. zw. wskaźnik tułowiowo-komorowy wynosi u mężczyzn 80 u kobiet 90 i jest niezależny od wzrostu, wagi i objętości klatki piersiowej. Zmienia się jedynie z wiekiem: u dzieci (od lat 4-ch do 15-tu) wynosi od 80 do 120.

Prelegent omawia następnie znaczenie ustawienia przepony dla oceny kształtu serca i dzieli osobników na wysoko, średnio i nisko przeponowych. Pewną rolę w ustawieniu przepony odgrywa wiek. Prelegent wylicza i omawia czynniki fizjologiczne i graniczące z patologicznemi, wpływające na kształt serca (wpływ wieku; stany, związane z czynnością gruczołów wewnętrznego wydzielania; wpływ pracy; wpływ stanu naczyń, wpływ ciśnienia krwi i t. p.). W końcu omawia badania czynności serca. Odczyt był ilustrowany szeregiem przeźroczy.

3. Kol. S. Liniecki przedstawia dwa *przypadki chromania przestankowego.* Zapomocą oscylometru Pachon'a wykazuje ciśnienie na kończynach dolnych równające się 0 w jednym przypadku, a w drugim wahania nie przewyższające 30.

4. Kol. R. Sokołowski przedstawia przypadek *ciała obcego w soczewce oka prawego.* Po raz pierwszy widział chorego 6 lutego r. b. Podczas rąbania drzewa wpadła drzazga do oka. Przednia komora była zupełnie mętna; gdy po 8-miu dniach wyjaśniła się — wyciągnął drzazgę. Przebieg leczenia był prawidłowy i zakończył się pomyślnie.

Protokół wieczoru seminaryjnego z dnia 25-go marca 1931 r.

1. Kol. B. Nowakowski (jako gość z Warszawy) wygłosił odczyt pod tytułem: *„Naukowa organizacja pracy z punktu widzenia lekarskiego"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos koledzy: Wajnberg, Goldblum, Sterling, Siwiński, Ładyński i Prelegent.

Sekretarz: *A. Tenenbaum.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 24 marca 1931 r., poświęconego gruźlicy.

1. Protokoły posiedzeń naukowych z dnia 17 i 21 marca 1931 roku przyjęto.

2. Prezes odczytuje tytuły prac nadesłanych do Towarzystwa i zawiadamia o wysłaniu depeszy do Domu Lekarskiego w Pradze czeskiej oraz komunikuje o otwarciu Kursu eugeniki.

3. Kol. Marja Grycewicz wygłosiła odczyt p. t.: *„Zakażenia ponowne (reinfectio) i dodatkowe (superinfectio) w gruźlicy płuc"*, (streszczenie własne).

Na podstawie danych literatury współczesnej ustalono pogląd, że reinfekcja endogenna odgrywa ogromną rolę w powstawaniu gruźlicy płuc u dorosłych, dzięki wielkiej oporności prątka gruźliczego, który całemi latami, po zakażeniu pierwotnem, może w stanie nieczynnym pozostawać w ustroju ludzkim, przejawiając na nowo swoją zjadliwość przy sprzyjających warunkach. Co do reinfekcji egzogennej, czyli superinfekcji, zdania są rozbieżne, jednak większość autorów uważa ją za ważny czynnik w powstawaniu gruźlicy płuc dorosłych, szczególnie w postaciach Assmanowskich, gdzie odgrywa ona dominującą rolę. Superinfekcja może pogarszać przebieg spraw gruźliczych już istniejących — wywołując świeże ogniska lub też uczulenie tkanek i aktywację tym sposobem mało czynnych dotąd starych ognisk.

4. Kol. Janina Misiewicz wygłosiła odczyt p. t.: *„Znaczenie metody rentgenologicznej dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc"*, (streszczenie własne).

W ostatnich latach poglądy na objawy początkowe suchot płucnych uległy zmianie. Dawniej rozpoznanie początkowej gruźlicy płuc opierało się na stwierdzeniu t. zw. dyskretnych zmian w szczytach w postaci zwężenia pól Króniga, wydechu przedłużonego i t. p. Współczesne statystyki wykazują, że objawy te w ogromnej większości przypadków bądź nie mają nic wspólnego ze zmianami w płucach, bądź są to pozostałości po przebytem cierpieniu — i tylko rzadziej wyjątkowo są one objawami początkowemi. Według Redekera i Waltera oraz innych autorów, ludzie zdradzający owe dyskretne objawy szczytowe nie częściej zapadają na suchoty płucne, niż ludzie wolni zupełnie od objawów szczytowych.

Obok tego badacze amerykańscy i niemieccy prawie jednocześnie, około 1923 r., opisali jako zmiany początkowe t. zw. wczesne nacieki gruźlicze. Dziś coraz bardziej rozpowszechnia się zdanie, że te wczesne nacieczenia są istotnym punktem wyjścia dla rozwoju suchot płucnych. Umiejscowienie nacieków: — najczęściej okolice podobojczykowe, lecz mogą występować i w każdym innym miejscu płuc. Objawy podmiotowe są czasem żadne, często zaś są to objawy grypy, to znaczy dość ostry początek z gorączką do 39—40° C, ból głowy, kaszel. Czasem jako pierwszy objaw występuje krwotok płucny. Objawy przedmiotowe: opukiwanie w istotnie początkowym okresie nie daje wyników rozpoznawczych; osłuchiwanie wykazuje drobnobańkowe, wilgotne rzężenia w miejscu nacieku. Najlepszem miejscem osłuchiwania jest a) przestrzeń międzyłopatkowa, *(zone d'alarme* Chauvata), b) jama pachowa, c) okolica nad- i podobojczykowa. Ciepłota często wysoka w okresie pierwszym („grypowym") po paru dniach lub tygodniach może opaść. Plwocina bardzo skąpa, może już bardzo wcześnie zawierać prątki. Badanie rentgenowskie wykazuje cień delikatny jednolity kształtu okrągławego, wielkości wiśni do jaja kurzego.

Zasadnicza różnica pomiędzy dawniejszemi poglądami a obecnemi polega na tem, że dawniej zwykliśmy mniemać, iż początkowe zmiany gruźlicze w płucu są to drobne ogniska, gruzełki widoczne na kliszy rentgenowskiej jako małe plamki — dziś zaś stwierdzamy, że początkowo występują dość duże odrazu nacieczenia o charakterze zapalenia płuc. Przebieg dalszy nacieku wczesnego może być różny: a) może on wessać się, nie pozostawiając żadnych śladów klinicznych ani rentgenologicznych, b) może pozostawić ślady w postaci blizn łącznotkankowych, zwapnień i t. p., c) może się tworzyć jama, sprawa chorobowa rozwijać się, i dać wszelkie inne dalsze objawy cechujące suchoty płucne.

Trudność największą w dość wczesnem rozpoznaniu stanowi często brak dostatecznie wyraźnych objawów podmiotowych. To też najczęściej i najłatwiej czynią wczesne rozpoznanie nacieków wczesnych Poradnie Przeciwgruźlicze, badając otoczenie chorego na gruźlicę otwartą, to znaczy badając ludzi podmiotowo zdrowych.

5. Kol. Adam Elektorowicz wygłosił odczyt p. t.: *„Znaczenie metody rentgenologicznej dla wczesnego rozpoznawania gruźlicy płuc"*. (streszczenie własne).

Prelegent w referacie swoim omawia obraz rentgenologiczny wczesnych zmian gruźliczych w płucach u ludzi dorosłych, pomijając obraz zespołu pierwotnego, występującego prawie zawsze w dzieciństwie oraz gruźlicy wieku dziecięcego. Zmiany gruźlicze wieku dziecięcego mają być tematem osobnego referatu.

Znaczenie badania rentgenologicznego w rozpoznawaniu początkowych okresów gruźlicy podnieśli już przedmówcy, stwierdzając, że dopiero zastosowanie tej metody badania wniosło wgląd w istotę i umiejscowienie początkowych zmian swoistych i zmieniło dotychczasowe poglądy klinicystów. Ponieważ do badania anatomo-patologicznego rzadko tylko dochodzą początkowe zmiany gruźlicze, a obraz rentgenologiczny jest jakby odbiciem zmian anatomo-patologicznych, przeto i z tego punktu widzenia otrzymujemy pewne wyjaśnienia, których dotychczas brakło. Badanie rentgenologiczne pozwala nam na stwierdzenie umiejscowienia zmian, na oznaczenie ich wielkości a nawet, ze względu na wygląd nieprawidłowych cieni, pozwala nam na wnioskowanie o rodzaju zmian. Technika badania rentgenologicznego odgrywa bardzo znaczną rolę; im badanie jest dokładniejsze, im badający jest bardziej doświadczony, tem też i wyniki będą lepsze i małe zmiany początkowe nie zostaną przeoczone. Badanie rentgenolo-

giczne składa się z prześwietlenia i ze zdjęcia rentgenowskiego klatki piersiowej. Prześwietlanie daje ogólny rzut na klatkę piersiową, pozwala na badanie chorego w różnych pozycjach, na stwierdzenie ruchomości klatki piersiowej i przepony, na zbadanie objawu wyjaśnienia się szczytów płucnych przy kaszlu i głębokim wdechu i t. p. Jednak dokładny obraz zmian daje nam dopiero rentgenogram, i im on jest lepszy, ostrzejszy i technicznie lepiej wykonany, tem lepiej i pewniej będzie można stwierdzić początkowe, drobne zmiany. Należy nadmienić w tem miejscu, że zmiany początkowe, nie wywołujące jeszcze odpowiedniego zagęszczenia w tkance płucnej, mogą być jeszcze niewidoczne i istnieje niewielki odsetek zmian początkowych, które nie dają objawów rentgenologicznych, dając już pewne objawy kliniczne. Stosunek stwierdzenia zmian klinicznych do wykazywanych rentgenologicznie zależy od dokładności zebranych wywiadów i badania klinicznego, jak też i od badania rentgenologicznego. W materjale chorych przychodni II Kliniki Chorób wewnętrznych w 4/5 przypadków badanie rentgenologiczne pokrywało się ze zmianami stwierdzonemi klinicznie. Jeżeli zmiany początkowe położone są zbyt głęboko nie dają one objawów fizykalnych; poza tem w niektórych przypadkach może być brak tych objawów. Uchwycenie początkowych zmian natrafia na duże trudności. Tylko z dużego materjału przychodni przeciwgruźliczych, badając okresowo otoczenie chorego na gruźlicę, daje się uchwycić pewien odsetek zmian początkowych, i postępując w ten sposób mieliśmy sposobność w niedługim okresie czasu stwierdzić szereg nacieków świeżych u osobników pozornie zdrowych.

Rentgenologiczne stwierdzenie umiejscowienia zmian świeżych dało początek t. zw. nowej nauce o powstawaniu gruźlicy. Zmiana poglądów, która nastąpiła w ostatnim dziesiątku lat, polega na tem, że odrzucając zupełnie lub bardzo znacznie ograniczając znaczenie odszczytowego początku gruźlicy, stwierdzamy jako pierwsze oznaki gruźlicy t. zw. nacieki wczesne. usadawiające się przedewszystkiem w trójkącie podobojczykowym. Zmiany te pierwszy opisał dokładnie Assman, choć poprzednio już szereg autorów francuskich, niemieckich i amerykańskich zwrócił uwagę na to usadowienie zmian, nie wyciągając jednak dalszych wniosków ze swych obserwacyj. W Polsce już szereg lat wstecz na zmiany te zwrócił uwagę Dłuski. Dopiero jednak Redecker, stworzył właściwie tę t. zw. nową naukę, dając następujące jej określenie: „Naciek wczesny jest naciekiem zapalnym okołoogniskowym, występującym, jako reakcja na wytworzenie świeżego ogniska gruźliczego, w dotychczas zdrowem płucu". Naciek taki powstawać może w każdem miejscu płuca, najczęściej jednak w okolicy obwodowej trójkąta podobojczykowego. Na 117 nacieków wczesnych obserwowanych przez Redeckera, 58 było w okolicy podobojczykowej, 38 w środkowej części płuca, 15 w dolnych płatach, 4 na wysokości obojczyka, 2 szczytowe. Rentgenologicznie nacieki te przedstawiają się jako zaciemnienia, dość jednolite, miernie lub słabo intensywne, nieostro ograniczone, wielkości czereśni do śliwki. Zejście nacieków wczesnych może być rozmaite, mogą one ustąpić bez śladu, mogą przechodzić w serowacenie i następowy rozpad z wytworzeniem się jamy, wreszcie mogą ulec zmianie włóknistej. Najczęściej musimy je uważać za zmiany złośliwe, dążące do rozszerzenia się i do rozpadu. Mimo to wszystko, kwestję stosunku nacieków świeżych do zmian początkowych gruźliczych nie możemy uważać za skończoną. Teorja gruźlicy odszczytowej trwa nadal, a badania rentgenologiczne potwierdzają jej prawdziwość i znaczenie. W ostatnich latach szereg autorów zwraca się przeciw jednostronnemu ujęciu zagadnienia. I tak Backmeister wyraża się, że niedocenianie gruźlicy odszczytowej jest cofaniem się, i nieraz naciek wczesny, rozwinąć się może z gruźlicy szczytowej. Podobne zdania wypowiadają Liebmann, Kliemeberger i inni. Dokładnego opracowania statystycznego w polskiem piśmiennictwie radjologicznem brak nam jeszcze. Keilson na 600 przypadków gruźlicy obserwował 52 nacieków świeżych i 10% postępującej odszczytowo gruźlicy. Martyszewski i Werkenthinówna podaje, że nacieki wczesne stwierdzili w 5.2% w stosunku do wszystkich zmian gruźliczych a w 18.2% w stosunku do zmian początkowych. Sprawy szczytowe spostrzegali oni $3^1/_2$ raza częściej, niż nacieki wczesne. Typowy obraz rentgenologiczny świeżych zmian szczytowych przedstawia się jako zaciemnienia plamkowate, początkowo słabo widoczne, obłoczkowate, nieostro zarysowujące się, w miarę wzrostu nacieku i jego zserowacenia większe i intensywniejsze. Nieraz, gdy takie zaciemnienie jest położone daleko od filmu lub gdy zachodzi za cień żebra lub obojczyka może być zupełnie niewidoczne. Im sprawa jest świeższa, im gruzełek jest mniejszy a naciek zapalny w otoczeniu jego słabszy, tem trudniej jest uwidocznić rentgenologicznie te zmiany. Zmiany starsze o charakterze włóknistym dają cienie pasmowate, bardziej intensywne, ostro zarysowujące się. Również i zmiany wapniejące dają podobny lecz plamkowaty obraz. Objaw tak zwanego zamglenia lub zacienienia szczytu jest niepewny, tak w rozpoznaniu zmian świeżych. jak też i starszych, gdyż takie zacienienie spostrzegać można w zrostach opłucnowych szczytowych, przy zwężeniu doprowadzającego oskrzela, i z powodu ucisku przez powiększony średni płat gruczołu tarczowego, poza tem zacienienie takie powstać może przy skrzywieniach kręgosłupa, z powodu jednostronnego silniejszego rozwinięcia mięśni, z powodu gruczołów nadobojczykowych wreszcie przy skośnem lub bocznem ustawieniu głowy w czasie zdjęcia. Objaw nie wyjaśnienia się szczytu przy kaszlu i przy wdechu również nie jest pewnym, gdyż i przy zrostach opłucnych wyjaśnienie nie wystąpi. I inne objawy pośrednie mające wskazywać na początkowe zmiany gruźlicze, jak np. objaw zmniejszenia ruchomości przepony po stronie chorej są niepewne, a tłumaczenie tego objawu przez uszkodzenie nerwu przeponowego, wskutek zmian szczytowych nie wytrzymało krytyki. Zmniejszenie ruchomości możemy tłumaczyć sobie odruchową ochroną przepony po stronie chorej przed zbytniemi ruchami, często zaś zrosty opłucnowe są przyczyną wywołującą. Również objaw mniejszej ruchomości przykręgosłupowej części przepony szczególnie częściej występujący po stronie prawej nie wykazał większego znaczenia, jako objaw początkowej gruźlicy. Rieder i Stürz zwrócili uwagę na pasmowate zaciemnienia idące od wnęki ku szczytowi, uważając je za obraz nacieków okołooskrzelowych i okołonaczyniowych i przyjmują, że w ten sposób rozprzestrzenia się gruźlica odwnękowa, dając następowe zmiany w szczycie. Jednak badania anatomo-patologiczne nie potwierdziły tych przypuszczeń i w kontroli sekcyjnej nie stwierdzono w tych przypadkach żadnych serowatych zmian w gruczołach, któreby mogły być punktem wyjścia. Jako pewne, rentgenologiczne zmiany gruźlicy początkowej pozostają więc 1) zmiany szczytowe w postaci zaciemnień plamkowatych, nie ostro odgraniczających się od otoczenia i mających tendencję do zlewania się ze sobą; 2) podobne zmiany w innych miejscach miąższu płucnego; 3) t. zw. wczesne nacieki Redeckera.

Dyskusja nad referatami kol.: L. Paszkiewicza, K. Dąbrowskiego, M. Grycewicz, J. Misiewicz i A. Elektorowicza.

Kol. L. Karwacki (streszczenie własne). Różnorodność odczynów tkankowych na jad gruźliczy, zobrazowane przez prof. Paszkiewicza, rozmaitość przejawów chorobowych i rytmu zakażenia nie znalazły w przemówieniach prelegentów bodaj częściowego wyjaśnienia i uzasadnienia. A te właśnie cechy stanowią zagadkę choroby gruźliczej, odróżniającej się od wszelkich innych zakażeń. Żaden zarazek nie posiada takiej skali oddziaływania chorobotwórczego, jak zarazek gruźliczy. Trudno rościć do prelegentów pretensję, że tej zagadki nie wyjaśnili; może jeszcze zawcześnie na nią, może posiadamy jeszcze zbyt mało danych potemu. Chodzi mi jednak bardzo o to, żeby nie przykrywać frazesem naukowym luk w naszych wiadomościach. Trzeba, żebyśmy raz dobrze uświadomili sobie, że w chorobotwórczości zarazka gruźlicy znamy zaledwie cząstkę, że patogeneza gruźlicy daleką jest jeszcze od dokładnego poznania, że odporność w gruźlicy jest po dawnemu zagadką. Otóż jeżeli uświadomimy sobie, że w tych materjach jesteśmy ignorantami, to będziemy robić w tych kierunkach poszukiwania, i z czasem może wyświetlimy te zagadnienia. Natomiast frazesy będą nas trzymać na martwym punkcie i nie przyczynią się wcale do postępu. Wydaje mi się, że klucza do tych zagadek należy szukać najprzód we właściwościach ustroju, podlegającego zakażeniu (mam tu na myśli główne cechy nabyte, które powodują naprzykład powstawanie odczynu Kocha i im podobne), następnie zaś w cechach zarazka. Prof. Paszkiewicz nie wspomniał tu o postaciach przesączalnych i niekwasoopornych. Ale nawet na terenie prątka kwasoopornego istnieją pewne wytyczne, które tłumaczą pewne odczyny tkankowe. Prątki bardzo zjadliwe, jak wynika z moich badań nad potęgowaniem zjadliwości prątków Kocha, nie wywołują u świnek tworzenia się gruzełków, ani procesu serowacenia, zabijając je w 7—10 dni wśród objawów posocznicowych. Prątki saprofityczne wywołują procesy ropne u świnek i ludzi — ropnie zimne bez uogólniania się sprawy chorobowej. Prątki średnio zjadliwe wywołują sprawy przewlekłe uogólnione, kończące się u świnek śmiercią, z tworzeniem się gruzełków i mas serowatych. Rzecz jasna, że postać zarazka przesączalna musi wywoływać inne odczyny tkankowe, niż prątek kwasooporny. Badacze, zajmujący się tą sprawą, notują zakażenie gruczołów chłonnych bez wydatniejszych zmian anatomicznych, cierpienie stawów typu gośćcowego, charłactwo. Zakażenie w przeważającej liczbie przypadków kończy się powrotem do zdrowia. Prątki i ziarniki cyjanofilne wywołują u świnek zapalenia wysiękowe opłucnych i otrzewnej — nieraz typową *polyse-*

rositis, zmiany zapalne w gruczołach chłonnych i płucach, ogniska serowate w narządach, tak zwaną gruźlicę rzekomą. Nabierając w ustroju kwasooporności, zarazki cyjanofilne zbliżają się pod względem jakości swego oddziaływania chorobotwórczego do klasycznej postaci Kocha. Streszczając się, stwierdzam, że wielopostaciowość zarazka gruźlicy jest tym czynnikiem, który wyciska swe piętno na obrazie anatomopatologicznym i klinicznym zakażenia i że anatomja patologiczna powinna wciągać w sferę swego zainteresowania i morfologję zarazka w tkankach.

Kol. J. Laskowski. Ognisko Assmana może tylko wtedy dać całkowity powrót do normy, o ile polega na nacieku i nie ulega zserowaceniu; jeśli zaś dochodzi do zserowacenia, to powrót do normy jest niemożliwy. Muszą się wtedy rozwinąć blizny, zrosty i td. w okolicy szczytowej. Związek patogenetyczny ognisk Assmana ze zmianami szczytowemi, które spotykamy sekcyjnie w 80% przypadkach, musi istnieć.

Kol. Szczepański omawia ogniska wczesne, zapalenie okołoogniskowe oraz dobrotliwość zmian szczytowych.

Kol. Stefan Rudzki (streszczenie własne). Wczesne rozpoznawanie gruźlicy płuc ma niezmiernie doniosłe znaczenie kliniczne i społeczne; w wielu przypadkach ratuje ono życie choremu, rozpoznanie to wymaga dokładnego zbadania całych płuc. Objawy kliniczne we wczesnych okresach gruźlicy płuc występują najczęściej pomiędzy wnęką a obojczykiem; wczesne nacieki podobojczykowe w sensie Assmanowskim są stosunkowo rzadkie. Zmiany szczytowe bywają zwykle późniejsze. Nikt z prelegentów prócz rentgenologa — nie wspomniał, że na długo przed autorami niemieckimi i francuskimi, u nas w Polsce ś. p. Dr. Dłuski pisał o pozaszczytowem pochodzeniu gruźlicy płuc. Bardzo cenne spostrzeżenia swe w tym kierunku opisał Dr. Dłuski w 1904 r. w pierwszem sprawozdaniu z działalności Sanatorjum Zakopiańskiego, opracowanym wspólnie z Drem Z. Czaplickim i wydrukowanym w „Przeglądzie Lekarskim". Zasługi Dra Dłuskiego w tej dziedzinie podkreślił Dr. Seweryn Sterling i Dr. Olgierd Sokołowski w jubileuszowym numerze „Warszawskiego Czasopisma Lekarskiego" (Nr. 21 — 22 z 29 maja 1930 r.) poświęconym Drowi Dłuskiemu. Jako były, długoletni współpracownik Dyrektora Dra Dłuskiego, kol. Rudzki stwierdza, że Dr. Dłuski, badając chorych zwracał baczną uwagę na okolice wnękowe i podobojczykowe i w wielu przypadkach wykrywał tam — bez pomocy Roentgena, ale jedynie zapomocą metod fizykalnych — ogniska płucne wcześniejsze od szczytowych. Gdy w 1911 r. wprowadzono aparat rentgenowski do Sanatorjum w Zakopanem, lekarze sanatoryjni z Drem Dłuskim na czele zwrócili przedewszystkiem uwagę na fotografowanie płuc z ogniskami pozaszczytowemi. Zdjęcia seryjne, dokonywane w krótkich odstępach czasu, wykazywały dobitnie częste rozpoczynanie się gruźlicy w okolicy wnęk i powyżej nich oraz posuwanie się szybkie w kierunku szczytów.

Spostrzeżenia Dra Dłuskiego o pierwotnych ogniskach pozaszczytowych opisywane były systematycznie w sprawozdaniach z Sanatorjum Zakopiańskiego i drukowanych w „Przeglądzie Lekarskim". W rozpoznaniu wczesnych okresów gruźlicy płucnej kol. Rudzki nadaje największe znaczenie metodom fizykalnym, zwłaszcza wysłuchiwaniu. Obok tego jednakże muszą być stosowane wszelkie inne nowoczesne metody badania, zwłaszcza radjoskopja i radjografika. Wyniki porównawcze badania płuc fizykalnego i rentgenowskiego, ocenia kol. R. w następującem zestawieniu: w 80% wyniki te są zgodne, w 15% Roentgen daje więcej (są to zwłaszcza nacieki podobojczykowe, a poza tem ogniska centralne i czasami jamy t. zw. nieme), wreszcie w 5% badanie fizykalne daje więcej objawów rozpoznawczych od radjoskopji a nawet od radjografji.

Kol. M. Bloch. Spostrzeżenia klinicystów, tyczące początkowej gruźlicy płuc, nie znajdują poparcia ze strony anatomo-patologów. Klinika, mająca możność obserwowania dynamiki rozwojowej spraw początkowych, straciła w obecnej chwili łączność z anatomją patologiczną. Mówca omawia znaczenie t. zw. nacieczenia okołoogniskowego.

Kol. Drozdowicz (streszczenie własne). Zwraca uwagę na konieczność nieograniczania się do prześwietlań ekranowych w badaniu radjologicznem chorych z początkowemi okresami gruźlicy płuc i na niezbędność dokładnych zdjęć w tych przypadkach. Nikłe początkowe zgęszczenia, wyraźnie zaznaczające się na radjogramie, mogą najzupełniej ujść uwagi lekarza przy prześwietlaniu. Poza tem jedynie tylko radjogramy, wykonywane w pewnych odstępach czasu, mogą być miarodajnym dowodem w wielu przypadkach znikania początkowych nacieczeń wysiękowych, który to przebieg według mówcy jest znacznie częstszym niż się to naogół przyjmuje.

Kol. Wł. Filiński (streszczenie własne). W referatach była poruszona sprawa *restitutio od integrum* w gruźlicy płuc. Otóż wydaje mi się, że z punktu widzenia anatomo-patologicznego nie posiadamy na to jeszcze dostatecznych dowodów. Kiedy słyszymy o wczesnych ogniskach gruźliczych, które obejmują niekiedy duże działy płuca i które po jakimś czasie ustępują, nie pozostawiając zmian na zdjęciu, to sprawę można wytłumaczyć w ten sposób: ognisko gruźlicze niewielkie powoduje znaczne zapalenie okołoogniskowe nieswoiste, a to w warunkach sprzyjających zdrowieniu może ustąpić. Okołoogniskowe zmiany mogą też polegać tylko na obrzęku, który znika jeszcze łatwiej, samo ognisko gruźlicze wysiękowe może ulec otorbieniu, wreszcie zwapnieniu. Pozostałości mogą być nieznaczne, a cienie na zdjęciu zmniejszą się wybitnie i to daje powód do wnoszenia o wsysaniu się ognisk wysiękowych gruźliczych. Sprawa *restitutio od integrum* jest niezwykłej wagi, ale pozostaje otwartą, bo dowody wydają się niedostateczne.

Kol. Dąbrowski Kazimierz (streszczenie własne). Podkreśla ważność wczesnego rozpoznania gruźlicy płuc zarówno pod względem leczniczym, jak i społecznym. Rozpoznawanie gruźlicy płuc winno się jednakże opierać na jedynie pewnym objawie, jakim jest obecność prątków Kocha w wydalinach chorego. Ma to doniosłe znaczenie pod względem społecznym. Nie ulega wątpliwości, że spostrzeżenia autorów lat ostatnich były ułatwione w znacznej mierze przez rentgenologję, lecz i przez uprzednie spostrzeżenia licznych klinicystów.

Kol. J. Misiewicz (streszczenie własne) w odpowiedzi: 1. Krwioplucie ułatwia znakomicie wczesne rozpoznawanie, bo jest to objaw zbyt niepokojący chorego i dlatego badanie lekarskie mamy w tych przypadkach wczesne. Jednak często brakuje nietylko tego objawu, lecz wogóle wszelkich objawów podmiotowych; lekarz praktykujący będzie miał chorych z objawami podmiotowemi, — natomiast u ludzi rzekomo zdrowych wykrywa suchoty Poradnia Przeciwgruźlicza. 2. Sprawa badania anatomopatologicznego nacieków wczesnych jest trudna, bo naciek sam nie prowadzi bezpośrednio do zejścia śmiertelnego. Istnieją jednak nieliczne przypadki, gdzie naciek był badany histologicznie, przytem stwierdzono obraz zapalenia płuc z obecnością prątków w preparacie. 3. Co do znaczenia badania rentgenowskiego, to nie ulega wątpliwości, że najszybszą i najpewniejszą metodą wykrycia nacieku jest badanie rentgenowskie, w pewnym odsetku (jak to zaznaczył kol. Elektorowicz, około 20%); jest to nawet bodaj jedyna metoda rozpoznawcza. Lecz w większości przypadków, a mianowicie wszędzie tam, gdzie naciek znajduje się dość blisko powierzchni płuc, — objawy fizykalne istnieją i pozwalają na wczesne rozpoznanie.

Kol. A. Elektorowicz (streszczenie własne) w odpowiedzi). W rozpoznawaniu początkowych okresów gruźliczych, tak jak dotychczas tak i nadal badanie rentgenologiczne będzie miało przeważającą rolę. Prelegent przestrzega przed zbyt pochopnem rozpoznawaniem nacieków świeżych tylko na podstawie niepewnych i nieznacznych zmian fizykalnych, bez potwierdzenia rentgenologicznego. Może to wywołać podobne następstwa, jakie przeżywaliśmy w zbyt częstem rozpoznawaniu gruźlicy szczytowej, a przed czem obecnie przestrzegamy. Badanie rentgenologiczne jest badaniem pomocniczem i dlatego tylko klinicysta, mając w ręku wszelkie wyniki badań, może ustalić rozpoznanie. Rentgenolog nie ustala rozpoznania, lecz wolno mu a nawet powinien on wyciągnąć wnioski z otrzymanego obrazu i podać je klinicyście. W tem łączy się współpraca z klinicystą a im ta praca będzie ściślejsza, tem wyniki badań będą lepsze.

Kol. Prezes, W. Orłowski (streszczenie własne). Polska nie posiada dostatecznego materjału statystycznego, tyczącego obrazu klinicznego i radjologicznego wczesnego okresu gruźlicy płuc. Materjał ten ma obecnie możność zbierać Poradnia Przeciwgruźlicza II Kliniki Chorób Wewnętrznych, w powstaniu której dużo zawdzięczamy b. Prezesowi Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, Dr. Cz. Wroczyńskiemu. Spostrzeżenia ś. p. Dłuskiego, dotyczące t. zw. wczesnych nacieków, dobrze są nam znane i należycie przez nas oceniane; tyczy się to również i *„pleurite à répétition"*. Najważniejszą naszą zdobyczą w latach ostatnich z dziedziny gruźlicy płuc jest odgraniczenie pospolitych suchot płucnych od gruźlicy odszczytowej. Suchoty zaczynają się ostro lub podostro, najczęściej w okolicach podobojczykowych oraz w *zône d'alarme* u osób, często dobrze odżywionych i dobrze zbudowanych; budowa ciała jest więc zwodna. Dane te nie zwalniają nas jednak od dokładnego badania szczytów płucnych. Przedewszystkiem bowiem bardzo często wczesne zmiany podobojczykowe dają objawy fizykalne najpierw a nawet wyłącznie w szczytach. Ponadto łagodne postacie szczytowej gruźlicy płuc mogą pod wpływem działania czynników obniżających odporność ustroju, nabrać złośliwego charakteru i przejść w pospolite suchoty płuc. W sprawie znaczenia *reinfectio* i *superinfectio* ostat-

nio stoimy na tem stanowisku, że nawet małe ilości prątków, przedostając się do płuc, mogą zginąć, wyzwolić tuberkulinę i na tej drodze uczynniać stare ogniska. W ten sam sposób mogą działać i inne nieswoiste czynniki, jak pozajelitowe wprowadzenie mleka, ciąża, niedosypianie, przebyta grypa i t. p. We wszystkich tych przypadkach mamy do czynienia z zakażeniem pochodzenia wewnętrznego, rozbudzone czynnikiem wewnętrznym.

Co się tyczy rozpoznawania wczesnych ognisk, to musimy dążyć do tego, by opierać się na danych badania fizykalnego i dlatego też musimy starać się o należyte przyswojenie tych metod, traktowanych dziś nieraz po macoszemu. Zasługą rentgenologji jest, iż wykazała nam, że niedość dokładnie badaliśmy niektóre okolice klatki piersiowej; metoda rentgenologiczna pozostać winna jako cenna metoda pomocnicza.

Sekretarz Doroczny: *Jan Roguski.*

Protokół posiedzenia naukowego z dnia 14 kwietnia 1931 roku.

1. Protokół posiedzenia Naukowego z dnia 24 marca 1931 r. przyjęto.

2. Kol. Sekretarz Stały wygłasza wspomnienie o ś. p. D-rze Karolu Rychlińskim. (Streszczenie własne).

W dniu 23 marca w Drewnicy pod Warszawą zmarł ś. p. Karol Rychliński, członek czynny naszego Towarzystwa od roku 1893. Urodzony 2 listopada 1864 roku we wsi Łoniowie, powiatu Sandomierskiego, ówczesnej gub. Radomskiej, do szkół począł uczęszczać w r. 1875 w Sandomierzu, i po ukończeniu miejcowego progimnazjum przeniósł się do gimnazjum radomskiego, które ukończył w r. 1884. Wydział lekarski Uniwersytetu Warszawskiego opuścił ze stopniem lekarza w r. 1890, obejmując niebawem stanowisko ordynatora nadetatowego Kliniki chorób nerwowych i umysłowych, a w r. 1892 został mianowany ordynatorem etatowym tej kliniki.

Początkowo, dopóki doniosłe, w szerokim zakresie zamierzone prace w dziedzinie społeczno-lekarskiej, nie pochłonęły były całkowicie ś. p. Rychlińskiego, brał on żywy udział w życiu naszego Towarzystwa, którego sprawami nie przestawał się nigdy żywo interesować, a z którem aż do zgonu serdecznie pozostał związany. To też tu, gdzie przez duchowo wiążące nas nici, stanowiliśmy i stanowić mamy swoistą rodzinę, godzi się o ś. p. Rychlińskim, jak o jednym z nas przypomnieć, że zeszedł z nim z tego świata niepospolitych wartości i niezwykłych zasług lekarz-obywatel, zawsze gorący polak-patrjota. Z chwilą, gdy dojrzał, jako lekarz-psychiatra, żyć począł pragnieniem niesienia ulgi obłąkanym, tym bodaj, najnieszczęśliwszym — pragnieniu temu naprawdę całkowicie się oddał, postanowiwszy, pierwszy w Polsce, wprowadzić w czyn t. zw. system „otwartych drzwi" w zakładach dla chorych umysłowo. A w ówczesnych stosunkach, kiedy państwo zaborcze, pochłonięte własną troską o zwalczanie coraz gwałtowniej rosnącego ruchu rewolucyjnego, u nas dążyło jedynie do tępienia polskości we wszystkich dziedzinach życia, wydawało się wprost szaleństwem myśleć o stworzeniu nowego odpowiedniego Zakładu leczniczego, bo w opłakanych przed 26 laty warunkach, trudno było mówić o wprowadzeniu wspomnianego systemu w szpitalu Św. Jana Bożego, lub w Tworkach. Ale dla Rychlińskiego niemożliwości nie istniały. Po zawiązaniu więc, T-wa opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi, udaje się Rychlińskiemu niebawem uzyskać od władz rosyjskich prawo użytkowania kilku zrujnowanych budynków w Drewnicy, opuszczonych przez Przytułek dla dzieci i sierot po żołnierzach rosyjskich. Tu umieszcza pierwszych kilkunastu pacjentów, stając do pracy, oparty materjalnie o wspomniane T-wo, które też prawie nic nie posiadało, boć funduszów, płynących ze skromnych składek nielicznych członków, nie można było poważnie traktować. Jak ś. p. Rychliński umiał zabiegać u Władz w Warszawie i Piotrogrodzie, jak umiał wyszukiwać ludzi ofiarnych, jak jednych wzruszał, innych przekonywał, o tem można, a, i należałoby, studja pisać. Tu ograniczam się do stwierdzenia, że dziś, po 26 latach, Zakład w Drewnicy, skanalizowany, oświetlony elektrycznie, posiadający wzorowy pawilon im. Marji Kierbedziowej, pracownię anatomiczną i analityczną, jest posiadaczem 70 morgów terenu uprawionego, i daje obecnie przytułek 456 chorym. A, obok tej, nie dającej chwili wytchnienia pracy nad rozwojem Drewnicy, znalazł ś. p. Rychliński czas na wzięcie wybitnego udziału w budowie i organizacji przez T. O. na U. i N. chorymi sanatorjum w Karolinie dla ludzi, wyczerpanych pracą. Zakład ten wzorowo urządzony, a w niespełna 3 lata oddany do użytku, został w latach 1914 i 15 dwukrotnie przeorany okopami niemieckiemi i rosyjskiemi i dotąd odrodzić się nie może. A bez cienia przesady powiedzieć mogę, że tej mozolnej, zdawałoby się przerastającej ludzkie siły pracy, ś. p. Rychliński dokonywał sam jeden. Prawda, miał z biegiem czasu coraz więcej życzliwej pomocy od szlachetnych i dobrych ludzi, ale ci szli za tem jego szczerem i czystem współczuciem dla cierpienia, za tem wielkiem umiłowaniem sprawy, które zeń promieniowały, a którym nawet urzędnik rosyjski oprzeć się nie był w stanie. I najjaskrawiej okazało się to w r. 1915, w chwili opuszczenia Królestwa przez Rosjan, zachęcających i zmuszających ludność cywilną do ewakuacji. Ś. p. Rychliński był lekarzem Kolei Państw., i w razie pozostania w Warszawie groziła mu poza odpowiedzialnością dyscyplinarną, przedewszystkiem utrata kapitaliku nagromadzonego w Kasie emerytalnej, a jedynego zabezpieczenia starości tego, wszak niezamożnego, człowieka. A jednak Rychliński nie wahał się wcale, pozostał w Drewnicy ze swemi, już wówczas bez mała 200 pacjentami, ratując dobytek przed zrównaniem z ziemią, jak to było postanowione, gdyż tu właśnie był teren walk tylnych straży. Przenosi się teraz Rychliński na stałe zamieszkanie do Drewnicy, i cały literalnie ciężar prowadzenia zakładu bierze na swe barki; jest tu teraz wszystkiem: bo w jednej osobie kuratorem, intendentem, naczelnym lekarzem, ordynującym, asystentem, i tak to trwa w ciągu 8 lat, bo epizodycznej pomocy, jaką mógł znaleść w tych studentach, co jeszcze do wojska nie byli powołani, lub też zeń zostawali zwolnieni, poważnie wszak brać nie można.

A gdy w r. 1916 Warszawa otrzymała upragniony samorząd, któremu tak ochoczo, a bezinteresownie, pracę swą ofiarowało wszystko, co u nas było wrażliwego na ideały społeczne, co je naprawdę w duszy posiadało, ś. p. Rychliński staje w Radzie miejskiej obok Chełchowskiego, Paderewskiego, Chodźki, i po całodziennej pracy w Drewnicy, poświęca jeszcze kilka wieczorów w tygodniu sprawom gospodarki miejskiej, a przedewszystkiem jej organizacji, i to pod bardzo wytrawnem okiem niemieckiego okupanta. Tu, jako przewodniczący, t. zw. Delegacji szpitalnictwa, wykazuje niezwykle dojrzałą znajomość tej dziedziny gospodarki miejskiej, a kieruje sprawą w trudnych ze wszech miar warunkach, z dużą odwagą cywilną, nie mówiąc już o innych zaletach. W r. 1918 powołany zostaje ś. p. Rychliński na wiceprezydenta miasta, po kilku jednak miesiącach opuszcza to stanowisko: Drewnica bowiem, w coraz cięższem znajdująca się położeniu, w następstwie rozwoju stosunków wojennych i politycznych, a nabierających szybko cech chaosu, i jednocześnie jako zakład leczniczy, coraz bardziej społeczeństwu potrzebna, pochłania ś. p. Rychlińskiego całkowicie. Nie opuszcza też tej umiłowanej Drewnicy aż do zgonu, po przez nawałę bolszewicką, po przez bitwę pod Warszawą, rozgrywającą się i na terenie Zakładu, a i po przez pierwsze lata Rzeczypospolitej, która wtedy przecież tyle, z punktu widzenia potrzeb organizacji państwa daleko pilniejszych zadań miała do spełnienia. Choroba serca, którą ś. p. Rychliński był od dzieciństwa obarczony, już na kilka lat przed śmiercią, poczęła go wyczerpywać: parokrotnie zdawało się, że go już ostatecznie powala. On jednak dźwigał się z łoża nieoczekiwanie, wracał znów do pracy, ożywiony na zadziwiające długie okresy; widok rozwijającego się nieustannie szpitala dodawał tych iście zagadkowych sił, pozwalał mu zwalczać wszystkie przeszkody, znosić wszelkie, a niemałe przykrości, jakich życie takim jak on szczędzić nie zwykło.

Ś. p. Rychliński ogłosił drukiem: 1) Przyczynek do anatomji patologicznej amencji 1891. 2) Przyczynek do nauki o ostrych psychozach 1892. 3) Przyczynek do badania drobnowidzowego mózgu 1892. 4) Przyczynek do nauki o psychozach perjodycznych i pojmowaniu zboczeń umysłowych 1894. 5) Anormalny pęczek włókien nerwowych na dnie IV komory 1894. 6) Istota natręctwa myślowego, Warszawa 1909. 7) Parę uwag w sprawie t. zw. rozszczepienia psychicznego. 1916.

Tak w najbardziej pobieżnym skrócie przedstawia się treść życia jednego z polskich lekarzy-społeczników. Ś. p. Rychliński żył dla jednego z wielkich ideałów społecznych, jakim jest niesienie ulgi w cierpieniu, pracował nie dla karjery i nie dla grosza, pozostawia po sobie czyn niepowszedni, który pokolenia błogosławić będą. Oddajmy hołd wielkiej zasłudze ś. p. Rychlińskiego czcząc pamięć Jego przez powstanie.

Zebrani uczcili pamięć zmarłego przez powstanie i jedną minutę ciszy.

3. Kol. Prezes odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa oraz donosi o utworzeniu tymczasowego Komitetu funduszu stypendjalnego im. ś. p. Prof. dr. med. Br. Sawickiego.

W skład Komitetu wchodzą przedstawiciele: Wydziału Lekarskiego (Dziekan prof. Dr. med. A. Leśniowski), Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (dr. med. L. Babiński i prof. dr. med. L. Paszkiewicz) oraz Towarzystwa Chirurgów i Towarzystwa Chirurgicznego (Doc. Dr. med. W. Łapiński i Doc. Dr. med. B. Szerszyński).

4. Kol. Mikułowski Wł. przedstawia „przypadek rozstrzeni oskrzeli u 11 letniego dziecka kiłowego", (streszczenie własne).

Dziewczynka rasy semickiej przybyła 9. XI. 1930 ze zapaleniem płuc prawostronnem, 15. XI. zjawia się w prawej jamie opłucnej wysięk surowiczo-włóknikowy (pneumokokowy), który następnie 27. XI. przechodzi w ropny. Równocześnie z tem powikłaniem, w dolnym płacie płuca rozwija się rozstrzeń oskrzeli, przyczem chora wykrztusza śluzowo-ropną, cuchnącą plwocinę.

Mimo utrudnionych przez to warunków chirurgicznej interwencji, po stronie prawej wykonano 20. XII. niezbędną resekcję żebra, po której, gorączka opada a sprawa chorobowa opłucnej ulega uleczeniu. Po stronie lewej rozstrzeń oskrzeli przez 2 i pół miesiąca powoduje szmer jamisty, który potem ustępuje miejsca rzężeniom wilgotnym. Lipjodolowe zdjęcie rentgenologiczne potwierdza rozpoznanie. Ropa z opłucnej i plwocina, badane bakterjologicznie także na pożywkach Petrowa i Roguskiego oraz biologicznie na świnkach, nie pozwalają przy ujemnych próbach skórnych tuberkulinowych na rozpoznanie etjologji gruźliczej rozstrzeni oskrzelowych. mimo rzekomo gruźliczego *habitus* (Ameuille), jaki chora przedstawia. Oprócz nadmiernego uwłosienia policzków i grzbietu uderza u chorej patologiczna chudość 20 kg zamiast 32 kg, która przy mikrocefalji (49 cm obwód), akrocyjanozie, kryestezji, i hipesfiksji nosi cechy waskuloendokrinopatji.

Krew dziecka wykazuje mocno dodatni odczyn Wassermanna, język przedstawia typ charakterystyczny dla kiły *(lingua scrotalis)*, stan nerwowy przy żwawej inteligencji ma patologiczną pobudliwość (podkreślaną w bronchektazji przez Vogta). Jakkolwiek bezpośrednią przyczyną rozstrzeni oskrzelowej stanowił epizod zapalny płuc, to jednak pośrednią i sprzyjającą przyczyną dla mniejszej wartościowości tkanki elastycznej oskrzeli była udowodniona konstytucja kiłowa dziecka. Nadmierna chudość dziecka uprawnia do wniosku o zakażeniu kiłą układu gruczołów wewnętrznych. (objaw opisany przez Mouriquanda). Mimo znanej wzajemnej korrelacji poszczególnych gruczołów wewnętrznych można z dużem prawdopodobieństwem doszukiwać się w przypadku tym specjalnej niedomogi przysadki. Przemawiać za tem przypuszczeniem może obserwowane w danym przypadku (a często opisywane przez autorów w bronchektazji) zjawisko rozszerzenia żył, które na brzuchu tworzą głowę Meduzy i przechodzą na grzbiet i uda w postaci grubych żylaków. Zgodnie z Marie, Sicardem, Gaugier — żylaki są znamienne dla akromegalji. Także w ciąży i w miesiączce spotykane przejściowe, „fizjologiczne" żylaki są pochodzenia przysadkowego (antagonistyczne działanie hormonu ciała żółtego na hormon przysadki). Sprawa żylaków w przebiegu rozstrzeni może znaleźć wytłumaczenie w hipotezie o wpływie przysadki na napięcia ścian żylnych. Analogicznie prawdopodobnie ma się rzecz z zależnością własności elastycznych oskrzeli, które stanowiłyby objawy elastopatji endokrinalnej, prelegent nawiązuje powyższy przypadek do koncepcji elastopatji kiłowej omówionej w Pol. Tow. Pedj. 22. X. 1930. z okazji podobnego przypadku konstytucji kiłowej ze skazą elastopatji u dziecka jednorocznego.

Dyskusja: kol. Filiński (streszczenie własne). Ze względu na nierówność brzegów jamy można przypuszczać raczej, że mamy do czynienia nie z rozstrzenią, ale z ubytkiem po przebytym ropniu płuca.

Przysadka mózgowa, jako gruczoł pobudzający do wzrostu, może spowodować i przerost narządów wewnętrznych, co też bywa w akromegalji. Powiększenie trzew należy ujmować z tego właśnie punktu widzenia, powiększenie przekroju jelit czy oskrzeli musiałoby dotyczyć całej ich rozciągłości a nie ograniczać się do rozszerzania mieszkowatego, jak w tym przypadku do ograniczonej rozstrzeni oskrzela. W każdym razie w rozstrzeni oskrzela i w rozszerzaniu żył prelegent chciałby widzieć podobieństwo do akromegalji a więc chciałby odnosić zmiany do nadczynności przysadki, a tymczasem chory robi wrażenie wręcz przeciwne. *Infantilismus* i niezmierna chudość mogłyby być przypisane tylko niedomodze przysadki, podobnie jak *cachexia hypophysaria*. W danym przypadku *infantilismus* i chudość odniósłbym nietyle do zaburzeń w gruczołach, lecz do wpływu szkodliwego zakażenia kiłowego w życiu płodowem i wynikającego stąd niedorozwoju.

Kol. Mikułowski (streszczenie własne).

W odpowiedzi przedstawia bezpośrednią kliszę, wykazującą obecność jamy rozstrzeniowej wypełnionej lipjodolem, która powinna przekonać jeszcze lepiej, niż odbitka przed chwilą rzucona na ekranie. Mikułowski stwierdza, że rozpoznanie rozstrzeni ustalił na podstawie klinicznego przebiegu, który jak opisywał był bezgorączkowy. Ropień należało więc wykluczyć. Do zdjęcia z lipjodolem uciekł się tylko dla zadokumentowania rozpoznania, które też przez rentgenologów specjalistów zostało potwierdzone właśnie jako rozstrzeń oskrzelowa.

Jakkolwiek chudość uważa referent za objaw endokrinopatji, w danym przypadku za stygmat infekcji kiłowej — to jednak nie uzależniał chudości od dysfunkcji przysadki. Do przysadki odnosił jedynie i to z rezerwą — same rozszerzenie żył i rozszerzenie oskrzeli, czyli skazę elastopatji. Referent powołuje się na podobny pogląd Levy'ego, który również w swojej monografji elastopatję odnosi do dysfunkcji przysadki.

5. Kol. Karwacki L. Wygłasza odczyt p. t. „O postaci ziarnistej jadu gruźliczego". Część II, (streszczenie własne).

Prelegent uzyskał największą liczbę hodowli zarazka gruźliczego z posiewów płynów opłucnowych w przypadkach wysiękowego zapalenia opłucnej (blisko stu), dalej z posiewów płynu mózgowo-rdzeniowego, plwociny, ropy, moczu, krwi gruźliczych. Często hodował ten typ zarazków z narządów świnek, zakażonych gruźlicą. Wspomina także o pracach Ravelet'a i Play Armengol'a oraz Panka nad przechodzeniem prątka kwasoopornego w postać ziarnistą w ustrojach zwierzęcych pod wpływem tuberkuliny. Powstawanie ziarn w prątkach kwasoopornych, jak wynika z badań prelegenta, dokonywa się najczęściej wtedy, kiedy zarazek uległ pewnej szkodliwości. W dalszym ciągu przemówienia, prelegent nakreślił cechy hodowlane, morfologiczne i biochemiczne ziarników. Ziarniki na podłożach sztucznych ulegają ewolucji w kierunku prątka kwasoopornego. Objaw ten występuje wybitniej na podłożach z tłuszczami. Z 94 hodowli z płynów opłucnowych w 9 ziarniki przeszły w prątki kwasooporne. Z 92 hodowli prątków kwasoopornych, które przeszły w ziarna, w 6 pojawiły się w różnych ilościach (czasem w stanie wyłączności) prątki kwasooporne.

Prelegent omawia chorobotwórczość postaci ziarnistej dla świnek, zatrzymując się dłużej nad tak zwaną gruźlicą rzekomą *(tuberculose zoogleique)*, wykazując zależność jej od jadu gruźliczego.

Na 50 świnek zakażonych jadem ziarnistym u 6 jad ten przeszedł w postać prątków kwasoopornych, wywołując uogólnienie zmian gruźliczych. Panek ostatnio miał wyniki jeszcze pomyślniejsze.

Stosunek między prątkiem kwasoopornym a ziarnikiem cyjanofilnym jest odwracalny. Fakt ten dowodzi niezbicie wielopostaciowości zarazka gruźliczego. Ziarnik jest jedną z faz rozwojowych zarazka.

Dyskusja: Kol. Szczepański zapytuje, czy ze zmienności prątka gruźliczego można wyciągnąć jakieś wnioski dla rokowania, jak to czyni wielu autorów.

Prelegent pokazał szereg preparatów zarazka ziarnistego.

Prelegent odpowiada, że postać cyjanofilna zarazka gruźlicy jest zjadliwsza od kwasoopornej, bo może zabić świnkę w ciągu 24 godzin czego prątek kwasooporny nie może dokonać.

Co się tyczy morfologji prątków kwasoopornych a ich zjadliwości, to żadnej prawidłowości tu niema.

6. Kol. Bloch M. wygłasza odczyt p. t. „O racjonalnem ujęciu kliniki przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego. Typy kliniczne. Typ I: suchoty płucne i odmiany tego typu". (Streszczenie własne).

Prelegent rozpatrując olbrzymie przeobrażenie, jakim w ciągu ostatnich kilku lat uległy w nauce poglądy na powstawanie, rozwój i przebieg kliniczny przewlekłej gruźlicy płuc dorosłego, chce z jednej strony przyczynić się do ich wyświetlenia i uproszczenia, z drugiej zaś strony zamierza, opierając się na tych najnowszych zdobyczach naukowych i rozbudowując je, dać racjonalne drogowskazy w orjentacji klinicznej gruźlicy płuc, które ułatwiłyby nietylko specjaliście ftizjologowi, ale i lekarzowi praktykowi racjonalne ustosunkowanie się zarówno pod względem rozpoznawczym, jak i leczniczym do tej tak złożonej i wielopostaciowej choroby.

Prelegent wychodzi z podstawowego założenia, że niema jednolitej choroby o jednolitem mianie suchot płucnych, która rzekomo początkowo zawsze usadawia się w szczytach płucnych, gdzie może się zatrzymać lub też, co częściej się zdarza, szerzy się stąd na dalsze okolice płuc. Według autora nawet jak najbardziej dokładne badanie szczytów nie może przyczynić się ani do wczesnego rozpoznawania, ani też do wczesnego leczenia suchot płucnych.

Po szczegółowem rozpatrzeniu współczesnego stanu teoretyczno-naukowych podstaw naszej wiedzy o gruźlicy płuc, prelegent dochodzi do wniosku że ani anatomja patologiczna gruźlicy, ani bakterjologja, ani też nauka o patogenezie i czynnikach biologiczno-odpornościowych nie są jeszcze na tyle doskonałe, aby na nich tylko można oprzeć orjentację kliniczną.

Za najbardziej odpowiednie uważa prelegent ujmowanie kliniki gruźlicy płuc z punktu widzenia podziału na szereg typów klinicznych, których przebieg i rokowanie, anatomja patologiczna i patogeneza z góry są wiadome.

Za podstawę prelegent bierze podział Bard-Pierry'ego, do którego w celach uproszczenia go i łatwiejszej orjentacji — wprowadza z jednej strony, za Wł Neumann'em, z Wiednia, moment pato-

genetyczny wg. Rankego, uwzględniający drogę dostania się i szerzenia zakażenia gruźliczego w płucach (ale tylko z zastrzeżeniami, jako hipotezę roboczą), z drugiej strony najnowsze zdobycze naukowe osiągnięte w dziedzinie rentgenologji gruźlicy płuc, które, zdaniem prelegenta w niedostatecznym stopniu zostały uwzględnione przez Neumann'a w jego znakomitej pracy, gdzie największy nacisk położony jest na wynik badania fizykalnego, co się uwydatnia też w sposobie rozłożenia materjału.

Prelegent wszystkich chorych na gruźlicę dzieli na dwie zasadnicze grupy. Jedna cechuje się znośnym, a nieraz nawet bardzo dobrym stanem ogólnym i samopoczuciem przy złym anatomicznym stanie płuc. Chorzy tacy tylko od czasu do czasu zapadają na t. zw. schorzenia „grypowe", które de facto mają za podkład świeże obostrzenie w płucach, po których chorzy ci skłonni są do nader szybkiej, ale, niestety, tylko pozornej, złudnej poprawy; w końcu bowiem, nieraz wcześniej, nieraz dopiero po wielu latach, chorzy ci w większości przypadków giną z suchot płucnych. U tego rodzaju chorych choroba zjawia się nieoczekiwanie wśród pełnego zdrowia, tak, że rozbudowa jak największej liczby sanatorjów zapobiegawczych jest w stosunku do tych chorych rzeczą bezsensowną. Z tego też społecznego punktu widzenia, chorzy ci są najbardziej niebezpieczni, bo, nie mając wyglądu „suchotników" stanowią największy kontyngent chorych prątkujących.

Na czele tej grupy prelegent opisuje *„Phtisis fibro-caseosa communis"* wg. Bard-Pierr'ego-Neumann'a, której najbardziej charakterystycznemi cechami są: 1) początek ostry względnie podostry u ludzi najczęściej dobrze zbudowanych i odżywianych, dotąd zupełnie zdrowych, nie mających nigdy nic wspólnego z t. zw. „objawami szczytowemi" (jak stany podgorączkowe, poty nocne i t. p.), 2) podstępny sposób postępowania sprawy chorobowej pojedynczemi napadami, między któremi następuje nieraz, nawet b. wybitna, ale niestety pozorna tylko, poprawa, nie zabezpieczająca od dalszego niespodziewanego postępowania sprawy chorobowej (zostaje oszukany przez chorobę nietylko chory, ale i lekarz, jeśli nieświadom jest tego zjawiska i zadawalnia się osiągniętą napozór trwałą, poprawą, 3) podkładem anatomicznym tej sprawy chorobowej są procesy naciekowe w płucach, które aczkolwiek najczęściej usadawiają się w okolicach podobojczykowych płuc, ale mogą występować również i w innych okolicach płuc, 4) niezawsze w tej postaci chorobowej występują wyraźnie, fizykalnie łatwo stwierdzalne zmiany w płucach. Natomiast decydującym dla wczesnego rozpoznawania jej jest wczesne zastosowanie promieni rentgenowskich oraz wczesne badanie plwociny, 5) jedynym racjonalnym sposobem postępowania leczniczego jest wczesne zastosowanie odmy, kiedy naokoło ognisk rozpadowych nie zdążyła się jeszcze wytworzyć łącznotkankowa otoczka, ani też zrosty; postępowanie takie jest tembardziej konieczne, że w tej postaci chorobowej sprawa szerzy się w płucach w pierwszym rzędzie drogą aspiracji śródoskrzelowej, 6) ze społecznego punktu widzenia wynika, że chorobę tę można racjonalnie zwalczać nie zapomocą rozbudowy sanatorjów zapobiegawczych, ale zapomocą szerzenia wśród lekarzy świadomości faktu, że w każdym podejrzanym „grypowym" przypadku powinno być jak najwcześniej zastosowane badanie rentgenowskie oraz badanie plwociny (i w razie dodatniego wyniku natychmiast zastosowana odma sztuczna). Należy też jak najenergiczniej dążyć do rozbudowy takich instytucyj (jak przychodnie i t. p.), gdzie ta uświadomiona działalność lekarska znalazłaby jak największe możliwości zastosowania praktycznego. A społeczne zwalczenie tej postaci chorobowej jest tembardziej konieczne, że w ten sposób opanuje się najobfitsze źródło otwartej gruźlicy.

Tezy swoje prelegent popiera licznemi przykładami z historji chorób z własnego doświadczenia oraz zdjęciami rentgenowskiemi. Są przykłady ostrego i podostrego początku tej sprawy chorobowej (imitacja grypy, zapalenia płuc, a nawet anginy); przytoczone są też przypadki, z których wynika znaczenie zastosowania badania rentgenowskiego oraz badania plwociny przy bardzo błahych objawach fizykalnych. Są też przypadki nietypowego usadowienia się nacieków i t. p.

Następnie prelegent omawia dalsze ewentualności w przebiegu tej postaci chorobowej. W okresie początkowego nacieku mamy przed sobą *Phtisis fib.-cas. incipiens*, po kilku obostrzeniowych nawałach *(„Schub") Pht. fib.-cas. confirmata*, wreszcie *Pht. fib.-cas. consumptiva*. Przytem nie jest wykluczone, że w każdym ze wspomnianych okresów mogą nastąpić długotrwałe zwolnienia, albo nawet ostateczne ustalenie się procesu chorobowego bez skłonności do dalszego postępowania. Mamy wówczas *Pht. f.-c. incip. secundarie fibrosa, Pht. f.-c. confirm. sec. fibr., Pht. f.-c. consumpt. sec. fibr.* Ale najczęściej bez wczesnej racjonalnej interwencji lekarskiej ta sprawa chorobowa, posuwając się nawałami, doprowadza do fatalnego końca.

W końcu prelegent omawia dwa typy kliniczne z tejże grupy *Pht. fibr.-cas. comm.*, których przebieg dobrotliwszy może być z góry przepowiedziany. Są to *Phtisis cavitaria stationaris i Phtisis fibr.-cas. corticalis*, które również są ilustrowane historjami chorób.

Dyskusja: Kol. Misiewicz J. (streszczenie własne).

Stwierdza, na podstawie referatu kol. Blocha, że lekarze pracujący w szpitalu dla gruźlicy inaczej zapatrują się na wczesne rozpoznawanie gruźlicy, niż lekarze pracujący w przychodniach. Niektóre przypadki przedstawione przez prelegenta należy zaliczyć do późnych (np. przypadek z przesunięciem tchawicy). Rozpoznawanie wczesnego ostrego gruźliczego ogniska zapalnego nie upoważnia jeszcze do założenia odmy, jak to wynika z wygłoszonego referatu. Wskazaniem do założenia odmy jest natomiast obecność jamy lub chociażby prątków Kocha w plwocinie. Nie ulega wątpliwości, że istnieją jamy nieme. Nie są one tak częste jak twierdzi kol. Bloch. W praktyce codziennej nie można opierać rozpoznania jamy na objawach Gerhardta, Friedreicha i Wintricha, gdyż występują one zaledwie w 7% przypadków. Mogą być jamy jawne a nie dawać objawów. Kol. Bloch nie wprowadza bynajmniej nowego podziału gruźlicy płuc, lecz omawia postępującą gruźlicę płuc włóknistoserowatą *(phtisis fibrocaseosa progrediens)*. Nie należy mówić o leczeniu uciskowem, lecz raczej odprężającem i unikać ciśnień dodatnich.

Kol. Brokman — postać wysiękowa gruźlicy płuc u dorosłych, szczególnie naciek Assmanna, daje złe rokowanie: rzadko się cofa, zwykle ulega serowaceniu i rozmiękaniu, natomiast u dzieci, w większości przypadków zmiany te ulegają wessaniu. Trudno ustalić od czego zależy ta różnica, prawdopodobnie chodzi tu o inne stany allergji lub też o inne drogi szerzenia się. Zmiany wczesne u dzieci dają tylko nieznaczne objawy opukowe. Zależy to prawdopodobnie od głębszego umiejscowienia.

Kol. Moczarski uważa pogląd kol. Blocha na znaczenie promieni Roentgena za niezupełnie słuszny. Na pierwszym planie należy postawić badanie fizykalne, następnie dłuższe spostrzeganie chorego, a dopiero na końcu badanie rentgenologiczne. Rentgenolog niezawsze potwierdza rozpoznanie kliniczne jamy, nawet wtedy, gdy ona rzeczywiście istnieje. Dopiero wielokrotne badanie rentgenologiczne w różnych płaszczyznach wykrywa jamę. Nie można stosować odmy zbyt pochopnie, gdyż zaledwie nieduży odsetek leczonych odmą wraca do pracy. Takie same wyniki daje leczenie klimatyczne tych chorych, którzy nadają się do leczenia odmą.

Kol. Mańkowski zapytuje w jaki sposób kol. Bloch wyobraża sobie anatomo-patologicznie wczesne zjawienie się jam, jeżeli sądzi, że są one wynikiem wsysania.

Kol. Cytronberg nie znajduje ścisłego związku między treścią wygłoszonego referatu a jego tytułem. Nie wie także, czy Kol. Bloch referat skończył. Pojęcie suchot płucnych jest bowiem znacznie obszerniejsze, niż przewlekła gruźlica, która jest tylko jedną postacią. W referacie niema właściwie nic nowego, gdyż omawiany podział jest podziałem Neumanna. Nie można również zgodzić się z referatem na wskazania do leczenia odmą.

Kol. Orłowski (streszczenie własne), uważa nazwę „wczesny naciek" za zupełnie niewłaściwą, należy używać określenia „wczesne, ostre" ognisko gruźlicze. Następnie zwraca uwagę na odróżnianie pojęć „odżywianie" i „odżywienie". W wygłoszonym referacie podział gruźlicy ujęto według Neumanna, jednak referent dołączył doń dane rentgenowskie i to jest właśnie nowe. Racjonalne ujęcie podziału polega na tem, że wyodrębnia się pewne postacie gruźlicy, co do których z góry możemy powiedzieć, że będą one przebiegały w ten, a nie w inny sposób. W rozpoznaniu wczesnego ostrego ogniska gruźliczego nie należy stawiać badania rentgenowskiego przed fizykalnem, lecz odwrotnie. Wybitne znaczenie ma badanie plwociny na prątki Kocha. Cenne usługi może tu dać metoda amerykańska (zbieranie plwociny na lusterko krtaniowe). Często bowiem nawet wtedy, gdy prawie, że niema plwociny, znajdujemy bardzo liczne prątki. Należy także badać krew (metoda Löwensteina), w której we wczesnych okresach znajdujemy nieraz liczne prątki. Gruźlica płuc bardzo często zaczyna się jak grypa, nie należy ulegać sugestji i bardzo dokładnie badać płuca. W wielu przypadkach, zwłaszcza gdy grypa przedłuża się ponad 5—7 dni, można uczynić właściwe rozpoznanie nawet bez badania rentgenowskiego. Jamy nieme nie są tak częste, jak to podaje prelegent. Po stwierdzeniu wczesnego ostrego ogniska gruźliczego nie należy od razu stosować odmy. Niektórzy klinicyści niemieccy stosują ją dopiero wtedy, gdy stwierdzają jamę, jednak z tem trudno się zgodzić. Trzeba najpierw stwierdzić, czy jama jest prawdziwa, czy rzekoma (nakładanie się cieni). Nie należy stosować odmy wcześniej, niż znajdziemy w plwocinie prątki Kocha. W referacie nie podkreślono, jak długo należy stosować odmę. W ostatnich czasach Aschoff uważa, że początkowe zmiany gruźlicze mogą powstawać w szczytach. Umiejsca-

wiając się jednak poza obojczykiem i badania rentgenowskie nie wykazuje ich. Ze szczytów sprawa szerzy się wtórnie na okolicę podobojczykową, zatem sprawy odszczytowego szerzenia się gruźlicy nie można jeszcze odrzucić. U ludzi ze skazą artretyczną suchoty płucne przebiegają łagodniej i mają skłonność do zmian włóknistych.

Kol. Bloch podkreśla, że wielkość ogniska nie rozstrzyga jeszcze o jego wczesności, wielkość jest cechą zdradliwą. Z leczeniem odmą nie należy zwlekać, gdyż zmiany początkowe mogą znikać nietylko klinicznie, lecz i rentgenologicznie, a mimo to po pewnym czasie przechodzą w suchoty, serjowe badania rentgenowskie potwierdzają celowość leczenia odmą. Nowość ujęcia zagadnienia gruźlicy płuc polega na uwzględnieniu 1) ścisłych spostrzeżeń klinicznych nad gruźlicą początkową, 2) zdobyczy rentgenowskich i 3) czynników patogenetycznych. Gruźlica zaczyna się nieraz, jak angina, zapalenie płuc i grypa, dlatego też prelegent uważa za konieczne łącznie badania fizykalnego z rentgenowskiem, gdyż samo badanie fizykalne nie wystarcza. Należy stosować odmę z chwilą rozpoznania wczesnego nacieku, gdyż tylko wtedy daje ona wyniki równoważne z zupełnem wyleczeniem; czas leczenia odmą wynosi około $1^1/_2$ roku, a dzięki odmie nie przychodzi do rozpadu. Powstawanie jam u dorosłych jest swego rodzaju przejawem sił obronnych ustroju, należy je leczyć zawsze przez ucisk, gdyż samoistnie bardzo rzadko się goją przez wypełnienie ziarniną i następcze zbliznowacenie. Nazwę „wczesny naciek“ uważa za lepszy, niż „wczesne ognisko gruźlicze“, obejmuje ono bowiem wszelkie rodzaje zmian swoistych i nieswoistych.

Zastępca Sekretarza Dorocznego: *Karol Chotkowski.*

Zarząd Związku Przeciwwenerycznego.

Protokół Nr. 16 posiedzenia z dnia 8 maja 1931 r.

1) Przyjęto protokół posiedzenia z dnia 12 marca 1931 r.

2) Dr. Wiktor Borkowski zdał sprawę z delegacji do m. Wilna. Na wniosek sprawozdawcy uchwalono zaprosić Magistrat m. Wilna do wzięcia udziału przez swego delegata z głosem doradczym w obradach Walnego Zebrania delegatów Związku w r. 1931.

3) Uchwalono zwrócić się do Międzynarodowego Związku Przeciwwenerycznego z prośbą o zmniejszenie składki członkowskiej od Polskiego Związku Przeciwwenerycznego z 1.000 franków francuskich do 300 franków fr. rocznie.

4) Z grona Zarządu Związku Przeciwwenerycznego zostali wylosowani jako członkowie ustępujący: Dr. Leon Wernic, Dr. Henryk Szczodrowski i Dr. Marjan Wowkonowicz.

Sekretarz: *Dr. W. Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Polskie Towarzystwo Ortopedyczne. Zarząd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego niniejszem podaje do wiadomości swych członków i ogółu lekarzy, że III Zjazd Ortopedyczny odbędzie się w dniach 8 i 9 listopada 1931 r. w Warszawie. Referentami tematu programowego (Złamanie szyjki kości udowej) są: Doc. Dr. Adam Gruca (Lwów) — część anatomo-fizjologiczna i Dr. Michał Grobelski (Poznań) — część kliniczna. Zarząd Polskiego Towarzystwa Ortopedycznego uprasza kolegów o zgłaszanie odczytów na Zjazd na ręce Doc. Dra Adolfa Wojciechowskiego (Warszawa — Żoliborz, ul. Tucholska 10). Termin zgłoszeń upływa w dniu 1 października 1931 r.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie. Zarząd Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego na posiedzeniu w dniu 16 czerwca r. b. przyznał stypendjum na wyjazd zagranicę, asystentowi szpitala Przemienienia Pańskiego Drowi K. Dębickiemu — z funduszu ś. p. Dra Edwarda Zielińskiego, w wysokości zł 2.000 (dwa tysiące).

Związek Lekarzy Kas chorych w Krakowie, ul. Batorego l. 3, IV, P. Na Walnem Zgromadzeniu odbytem w Krakowie dnia 14 czerwca br. wybrano następujący Zarząd: Prezes: Dr .Medyński Władysław, Wiceprezes: Dr. Rzegociński Bolesław, Sekretarze: Dr. Szczeklik Edward, Dr. Waserberg Paulina, Skarbnik: Dr. Ameisen Aleksander, Zast. Skarbnika: Dr. Merz Alfred, Członkowie Zarządu: Dr. Biernacki Henryk, Dr. Ciećkiewicz Marjan, Dr. Czapnicki Henryk, Dr. Leinkram Zygmunt, Dr. Strzemieński Stefan, Zast. Członków Zarządu: Dr. Gąsiorowski Stanisław, Dr. Nüssenfeld Józef, Dr. Trzebicky Rudolf, Komisja Rewizyjna: Dr. Marcyaniak Franciszek, Dr. Stahr Eljasz, Dr. Zakrzewski Wacław, Sąd Koleżeński: Przewodniczący: Dr. Lachs Jan, Członkowie Sądu: Dr. Karelus Kazimierz, Dr. Landau Maurycy, Dr. Liwszyc Stanisław, Dr. Porański Wilhelm, Ślączka Aleksander, Dr. Szancenbach Jan. Zast. Członków Sądu: Dr. Jurkowicz Ignacy, Dr. Kon Maksymiljan, Dr. Kosiński Mieczysław.

Lwów.

Konkurs. Na podstawie § 12-go Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 25-go września 1928 r. rozpisuje się konkurs na posadę asystenta Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie w IX st. sł. Podania należy wnieść najdalej do dnia 1 sierpnia 1931 r. do Dyrekcji Państwowej Szkoły Położnych we Lwowie, gdzie można uzyskać informacji co do warunków przyjęcia. Posada asystenta jest do obsadzenia z terminem od dnia 1-go sierpnia 1931 r.

Z kraju.

Kalendarz zjazdów lekarskich w drugiej połowie roku 1931. W lipcu: Kongres Królewskiego Instytutu w Glasgowie od 4 do 11 lipca 1931. Journees médicales w Paryżu od 22 do 30 lipca 1931. III. Międzynarodowy Kongres Radjologiczny w Paryżu od 27 do 31 lipca 1931. I. Międzynarodowy Kongres Radjologiczno-dentystyczny od 27 do 31 lipca 1931. W sierpniu: VI. Międzynarodowy Kongres lekarski w sprawie wypadków przy pracy i chorób zawodowych w Genewie od 3 do 8 sierpnia 1931. VIII. Międzynarodowy Zjazd dentystyczny, zorganizowany przez F. D. I. w Paryżu od 3 do 8 sierpnia 1931 r. I. Międzynarodowy Kongres neurologiczny w Bernie od 31 sierpnia do 4 września 1931. We wrześniu: IX. Zjazd Internistów polskich w Krakowie od 24 do 27 września 1931. Międzynarodowy Kongres do badań sprawy zaludnienia w Rzymie od 7 do 13 września 1931. Wycieczka naukowa do zdrojowisk Italji od 18 września do 2 października 1931. W październiku: IV. Zjazd okulistów polskich w Krakowie od 5 do 7 października 1931. Międzynarodowy Kongres patologji porównawczej w Paryżu od 14 do 18 października 1931. W listopadzie: IV. Zjazd mikrobiologów i epidemjologów polskich w Warszawie 1 i 2 listopada 1931. III. Zjazd ortopedyczny w Warszawie 8 i 9 listopada 1931.

Kronika epidemjologiczna. Choroby zakaźne w Polsce. (Według urzędowych danych).

Nazwa choroby	Tydzień 20 od 10 do 16/V 1931 r.		Tydzień 21 od 17 do 23/V 1931 r.		Tydzień 22 od 24 do 30/V 1931 r.	
	zach.	zgony	zach.	zgony	zach.	zgony
Dżuma	—	—	—	—	—	—
Ospa	—	—	—	—	3	—
Cholera azjatycka	—	—	—	—	—	—
Dur brzuszny	98	7	126	15	141	3
Paradury	—	—	1	—	3	—
Dur plamisty	81	4	58	5	67	3
Dur powrotny	—	—	—	—	—	—
Czerwonka	5	—	4	1	5	—
Płonica	230	7	281	8	224	6
Błonica	199	8	201	13	162	10
Zap. op. mózg. (nagminne)	11	5	16	7	11	2
Odra	248	3	426	3	266	2
Róża	69	4	81	4	63	4
Krztusiec	61	2	77	2	58	8
Zimnica	4	—	3	—	7	—
Gorączka połogowa	35	3	24	3	16	6
Trąd	—	—	—	—	—	—
Jaglica	638	—	370	—	472	—
Wąglik	—	1	—	—	1	—
Nosacizna	—	—	—	—	—	—
Włośnica	3	1	3	—	—	—
Wścieklizna	—	—	—	1	—	—
Zatrucie mięsne	1	—	52	1	5	—
Choroba Heine Medina	—	—	1	—	—	—
Twardziel	—	—	4	—	3	—
Inne choroby zakaźne	71	4	69	7	58	3

Redakcja otrzymała.

Pr. Merklen et A. Aron. „Les cardio-rénaux“. Etude clinique. La pratique médicale illustrée. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

Paul Ribierre et Edouard Pichon. „Manuel de pathologie rénale“. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

Henri Lorin. „Manuel de chirurgie clinique chirurgicale journalière“. Nakł. Gaston Doin et Cie. Paris. 1931.

C. Dimitracoff. „Traitement de la nevralgie sciatique par le nouvel extrait parcréatique désinsuline“. Odb. z La vie médicale z. 3. z r. 1931.